

Anmeldung

Rheumatologische Schwerpunktpraxis

PD Dr. Jan Brandt-Jürgens

Bundesallee 104-105

12161 Berlin

Fax 030 85993389

Email info@rheumapraxis-brandt-juergens.de



PARTNERPRAXIS 2016



Patientendaten

Name _____

Geburtsdatum _____

Tel _____

Ärztliche Angaben

Kassenstempel

Dringlichkeit

ja

nein

Symptomdauer

Anzahl Wochen

Anzahl Monate

Geschwollene Gelenke

ja

nein

anti-CCP erhöht

ja

nein

Psoriasis

ja

nein

Rückenschmerzen länger als 3 Monate

ja

nein

Beginn der Rückenschmerzen vor dem 45. Lebensjahr

ja

nein

HLA-B27

positiv

negativ

CRP-Wert

mg/l

mg/dl

Ergänzungen _____
