

Anmeldung

Rheumatologische Schwerpunktpraxis
PD Dr. Jan Brandt-Jürgens

Viktoria-Luise-Platz 12
10777 Berlin
Fax 030 85993389
E-Mail: info@rheumapraxis-brandt-juergens.de

Patientendaten	Name _____
	Geburtsdatum _____
	Tel _____

Ärztliche Angaben	<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Kassenstempel</div>	
Dringlichkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Symptombdauer	Anzahl Wochen <input style="width: 40px;" type="text"/>	Anzahl Monate <input style="width: 40px;" type="text"/>
Geschwollene Gelenke	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
anti-CCP erhöht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Psoriasis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rückenschmerzen länger als 3 Monate	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beginn der Rückenschmerzen vor dem 45. Lebensjahr	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HLA-B27	<input type="radio"/> positiv	<input type="radio"/> negativ
CRP-Wert	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/> mg/l <input type="radio"/> mg/dl
Ergänzungen	_____	

