

Praxisstempel

Klinik für Kinder und Jugendmedizin

Direktorin: Prof. Dr. J. Gärtner

Rheumatologische Sprechstunde (OA Dr. M. Kettwig)

Telefonnummer für Rückfragen: 0551 / 39 – 67670

Anmeldung neuer Patienten unter Fax: 0551 / 39 – 67669

oder postalisch an: Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, 37099 Göttingen

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Beschwerden: _____ **Beginn:** < 3 Monate > 3 Monate

Hinweis auf Systembeteiligung an / mit:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> ungew. Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Blutbild |
| <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie | <input type="checkbox"/> Raynaud-Phänomen | <input type="checkbox"/> Gefäße | <input type="checkbox"/> Muskeln |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Haut / Schleimhaut | | |

Arthritis (Schmerzen Rötung Schwellung Überwärmung Bewegungseinschränkung):

1 Gelenk 2 - 4 Gelenke > 4 Gelenke große Gelenke kleine Gelenke

symmetrisch asymmetrisch

morgentlich betont belastungsabhängig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beeinträchtigung durch die Beschwerden: kaum sehr stark

Verdachtsdiagnose: _____

Grund der aktuellen

Diagnosesicherung

Zweitmeinung

Vorstellung:

Therapieeinleitung

Verlaufs-/Therapiekontrolle

Notfall, weil: _____

Pathologische Befunde:(Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BSG > 30 mm/h | <input type="checkbox"/> RF | <input type="checkbox"/> ANA > 1:320 | <input type="checkbox"/> Bildgebung, |
| <input type="checkbox"/> Blutbild | <input type="checkbox"/> CCP-AK | <input type="checkbox"/> ANCA | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> CRP > 2 - 3x der Norm | <input type="checkbox"/> HLA-B27 pos. | <input type="checkbox"/> Kreatinin, Leberwerte | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

Kommentare:

*Nach Eingang des ausgefüllten Formulars melden wir uns bei Ihnen zwecks Terminvereinbarung.
Bitte zum Termin die Versichertenkarte und eine Überweisung mitbringen!*