



## Anmeldung zur Früharthritissprechstunde

Krankenkasse / Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Strasse Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon (tagsüber erreichbar):

○ Fragestellung/ Verdachtsdiagnose:

---

---

---

○ Beginn der Beschwerden:

---

○ Es liegen vor:

entzündliche (weiche) Gelenkschwellungen bitte Gelenke angeben

tiefsitzender nächtlicher Rückenschmerz

Morgensteifigkeit > 30 Min

Rückenschmerz

Erhöhung des CRP/ BSG (bitte Wert und Datum angeben)

\_\_\_\_\_

Es können nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen bearbeitet werden.  
Bitte auch Überweisung und Vorbefunde anhängen

Absender/Praxisstempel

