



Fragebogen für Patienten der Rheumatologie:
Bitte zurück faxen an:
Rheumatologische Ambulanz der Kerckhoff-Klinik gGmbH
Benekestr. 2-8
61231 Bad Nauheim

Fax: 06032- 996- 2133

Um evtl. Rückfragen zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, die Angaben innerhalb des Kastens möglichst vollständig auszufüllen

Datum:	
Name des Patienten:	Arztstempel + Telefonnummer der Praxis
Geburtsdatum des Patienten:	
Geschlecht:	0 weiblich 0 männlich
Adresse und Telefonnummer des Patienten:	

Symptome:

Beginn der Beschwerden (Monat/Jahr): _____

Dauer der Beschwerden > 3 Monate: 0 nein 0 ja

geschwollene Gelenke: 0 nein 0 ja: 0 Hände 0 Füße 0 andere:____
Anzahl:_____

druckschmerzempfindliche Gelenke: 0 nein 0 ja: 0 Hände 0 Füße 0 andere:____
Anzahl:_____

symmetrischer Befall: 0 nein 0 ja

Kompressionsschmerz der Finger- bzw. Zehengrundgelenke: 0 nein 0 ja

Bewegungseinschränkung: 0 nein 0 ja

Morgensteifigkeit > 30 min. 0 nein 0 ja

BSG erhöht? 0 nein 0 ja; Wert:_____mm/1. Stunde

CRP erhöht? 0 nein 0 ja; Wert:_____

rheumatische Erkrankungen in der Familie? 0 nein 0 ja: _____

vorangegangene Infektion? 0 nein 0 ja: _____

tiefsitzende Rückenschmerzen? 0 nein 0 ja

Psoriasis bekannt? 0 nein 0 ja

weitere Symptome: _____

Bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT, Szinti...) vorhanden? _____

Soll Patient dringlich gesehen werden? 0 nein 0 ja 0 Notfall

Telefon. Rücksprache erwünscht? 0 nein 0 ja

Ihre Verdachtsdiagnose? _____

Vielen Dank!

Das Team der Rheumaambulanz der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim