

# Anmeldung neuer Patienten unter Fax: 02131/4029691

Praxisstempel

Rheumatologie in Neuss  
Dr.med. Christoph Volberg  
Am Hasenberg 46  
41462 Neuss  
Telefon: 02131/4029690  
Fax: 02131/4029691  
E-Mail: [volberg.praxisteam@gmx.de](mailto:volberg.praxisteam@gmx.de)

## Patientendaten:

Name: _____	
Geburtsdatum: _____	Telefon: _____
Adresse: _____	

## Auffälligkeiten:

Erste Symptome :	<input type="checkbox"/> > 6 Wochen	<input type="checkbox"/> < 6 Wochen
<input type="checkbox"/> Gelenke	<input type="checkbox"/> Blutbild	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Trockene Schleimhäute
<input type="checkbox"/> Muskeln	<input type="checkbox"/> Augen	
<b>Periphere Gelenkschmerzen an :</b>		
<input type="checkbox"/> Große Gelenke	<input type="checkbox"/> kleine Gelenke	<input type="checkbox"/> einem Gelenk
<input type="checkbox"/> 2-4 Gelenke	<input type="checkbox"/> > 5 Gelenk	
<b>Gelenkschwellung:</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht sichtbar

**Beeinträchtigung durch rheumatische Beschwerden auf einer Skala von 1-10**

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Abhängigkeit der Beschwerden:**

- Belastungsabhängig       morgendlich betonte Beschwerden

**Grund der aktuellen Vorstellung:**

- Diagnosesicherung       Zweitmeinung

- Notfall, weil:

**Pathologische Laborbefunde:**

**Befundkopie bitte mit der Anmeldung faxen.**

- Blutbild       CRP       ENA  
 ANA (1:      )       DsDNS       RF  
 BSG       Sontiges:

**Kommentar, Begleiterkrankungen, Diagnosen:**