

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ausschließlich über Ihre betreuende Hausarztpraxis / Facharztpraxis erfolgen kann. Bitte vollständige Angaben per Fax an 07071 - 750 189 99 oder per eMail an: info@rpht.de

Eisenbahnstraße 35  
 72072 Tübingen  
 Tel: 07071 750 189 0  
 Fax: 07071 750 189 99  
 eMail: info@rpht.de  
 Inet: www.rpht.de

Patientenname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Verdachtsdiagnose:       M. Bechterew     rheumatoide Arthritis     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beschwerdebeginn länger als 6 Monate?       ja     nein

Trauma bzw. Arthrose als Ursache ausgeschlossen?       ja     nein

Anzahl der geschwellenen Gelenke:       1 - 3     > 4     nein

Morgensteifigkeit > 30min       ja     nein

Fieber / Gewichtsverlust / Nachtschweiß       ja     nein

Organsymptome (z.B. Husten, Exanthem incl. Psoriasis, Augenentzündung, etc.)  
 welche? \_\_\_\_\_       ja     nein

Erfolgte bereits eine Behandlung mit zum Beispiel Cortison?       ja     nein

Ist bzw. war der Patient bereits in rheumatologischer Behandlung?       ja     nein

Praxis / Klinik \_\_\_\_\_

**LABORERGBNISSE**

CRP > 3-fach über der Norm erhöht       ja     nein

BSG beschleunigt       ja     nein

RF und / oder CCP-AK positiv       ja     nein

HLA B27 positiv       ja     nein

**Bitte mitbringen:**

- Versicherungskarte + Überweisung + sämtliche Vorbefunde  
 (Radiologische Befunde auch immer mit schriftl. Befund)

**Versicherungsstatus**  
 gesetzlich     privat

Wichtig: Falls der Patient verhindert sein sollte bitte zeitnahe Termin-Absage per Telefon, Fax oder eMail.



← Praxisstempel mit  
 Angabe der  
 Faxnummer

