Prof. Dr. med. Gerhard A. Müller
Facharzt für Innere Medizin
Nephrologie und Rheumatologie
MEC Göttingen
Bahnhofsallee 1d
37081 Göttingen
Tel: 0551 – 820 74 27 5
Fax 0551 – 820 74 12

Anmeldung neuer Patienten
über Fax oder Email
0551/820 74 12
praxis@profsmueller.de

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Adresse: _____ Versicherung: _____

Telefonnummer: _____

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

Hinweis auf Systembeteiligung an/mit:

☐ Auge	☐ Fieber	☐ Lunge	☐ Nieren
☐ HNO	☐ ungew. Gewichtsverlust	☐ Herz	☐ Blutbild
☐ Lymphadenopathie	☐ Raynaud-Syndrom	☐ Gefäße	☐ Muskeln
☐ Gelenke	☐ Haut / Schleimhaut		

Entzündlicher Rückenschmerz
☐ Dauer > 3 Monate ☐ Alter bei Beginn < 40 Jahre

Periphere Gelenkschmerzen
☐ 1 Gelenk ☐ 2-4 Gelenke ☐ > 4 Gelenke ☐ große Gelenke ☐ kleine Gelenke
☐ symmetrisch ☐ asymmetrisch
☐ morgendlich betont ☐ belastungsabhängig

Beeinträchtigung durch die Beschwerden: kaum **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** sehr stark

Grund der aktuellen Vorstellung:
☐ Diagnosesicherung ☐ Zweitmeinung
☐ Indikation Biologika ☐ Verlaufs-/Therapiekontrolle

☐ **Notfall, weil:** _____

Pathologische Befunde: (Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen)
Sind alle Laborparameter unauffällig, ist eine rheumatologische Erkrankung überaus unwahrscheinlich und eine Vorstellung nur in speziellen Fällen möglich.

☐ BSG > 30 mm/h	☐ RF	☐ ANCA	☐ Bildgebung
☐ BSG > 60 mm/h	☐ anti-CCP-AK	☐ Kreatinin	☐ Sonstiges (bitte ausführen):
☐ CRP > 2-3x der Norm	☐ HLA B27	☐ Leberwerte	
☐ Blutbild	☐ ANA > 1:320	☐ Biopsie	

Kommentare:

Termin am _____ **um** _____ **Uhr**
Bitte zum Termin die Versichertenkarte und eine Überweisung mitbringen !