

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an die **rheumatologische Ambulanz der Kerckhoff-Klinik, 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



**KERCKHOFF
KLINIK**

