



**Abteilung für Innere Medizin II  
Rheumatologie, Immunologie, Diabetologie,  
Endokrinologie, Hochdruckkrankheiten,  
Zentrum für Dialyse und Nephrologie**

Chefarzt: Prof. Dr. med. Stefan M. Weiner

Tel. 0651 208-2722  
Fax 0651 208-2730  
med2.bkt@bbtgruppe.de

## Fragebogen Rheumatologie

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

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

Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:                      Gesetzlich                       Privat

### Krankengeschichte

- Welche Symptome sind aufgetreten und seit wann?

Symptome	ja	nein	Zeitraum	Körperstelle
Gelenkschmerzen				
Schwellung/Rötung				
Morgensteifigkeit				
Fieber/Kopfschmerzen				
Rückenschmerzen				

Weitere Symptome: \_\_\_\_\_

- Wurde bereits eine Blutuntersuchung veranlasst?  
Entzündungswerte (CRP, BSG)

Ja     Nein

- Ist bereits eine rheumatologische Abklärung erfolgt?

Ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Nein

- Gibt es bildgebende Befunde (Röntgen, MRT, CT, Skelettszintigraphie,...)

**- Hinweis: Bitte keine CDs zusenden!**

Ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

Nein

Zur Beurteilung der Dringlichkeit Ihrer Terminvergabe (ambulant oder stationär) benötigen wir unbedingt diese ausgefüllten Fragebogen zurück! Vorhandene Laboruntersuchungen, radiologische Befunde oder sonstige Voruntersuchungen bitte ebenfalls beifügen.

**Rücksendung bitte per Fax an 0651 208-2730 oder per E-Mail an med2.bkt@bbtgruppe.de**