Terminanfrage
Immunologische/Rheumatologische Ambulanz

Medizinische Hochschule Hannover

Zentrum Innere Medizin
Klinik für Immunologie und Rheumatologie
Prof. Dr. med. Reinhold E. Schmidt, Direktor

Telefon: 0511 532- 3014
Fax: 0511 532- 8055
immunologie@mh-hannover.de
www.mh-hannover.de/kir.html

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-3014
www.mh-hannover.de

Aktueller Grund für den Vorstellungswunsch

_____

_____

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer Festnetz:

Handy:

Aktueller Beruf (oder Hausfrau/ Rentner):

			Ja	**Nein**
Sind Sie bereits bei einem Rheumatologen / einer Rheumatologin vorstellig geworden?				
	Falls „ja“, bitte letzte Arztbriefe in Kopie beifügen!			
	Falls „nein“: Verdachtsdiagnose des Hausarztes:			

Adresse/Kontaktdaten des Hausarztes/Rheumatologen

Name

Adresse

Tel:

Aktuelle Beschwerden		**Ja**	**Nein**
Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome:			
1. Gelenkschwellungen			
	Falls „Ja“ , seit wann?		
2. schmerzhafte Gelenke			
	Falls „Ja“ , seit wann?		
3. morgendliche Gelenksteife			
	Dauer der Gelenksteife_____ Min.		
4. tiefsitzender Rückenschmerzen			
	Falls „Ja“ , seit wann?		
	Um welche Uhrzeit sind die Beschwerden am stärksten?		
5. Muskelschmerzen			
	Falls „ja“, welche Muskeln?		
6. Fieber			
	Falls „ja“, seit wann?		
	Falls „ja“, wie hoch maximal?		
7. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren			
	Falls „ja“, wieviel KG haben Sie in den letzten 6 Monaten verloren		
	Aktuelles Körpergewicht :		
Wurden Sie bzgl. der Symptome bereits mit Cortison behandelt?			
	Falls ja, konnten die Beschwerden dadurch gelindert werden?		
Hatten Sie kürzlich einen Unfall, schwerere Verletzung oder einen Infekt?			
	Falls ja, welches der genannten:		
Rauchen Sie?			
	Falls ja, seit wieviel Jahren		
	Falls ja, wie viele Zigaretten täglich		

Falls zusätzliche aktuelle Beschwerden führend sind, wegen derer Sie sich bei uns vorstellen möchten, bitte skizzieren Sie diese nachfolgend stichpunktartig:

_____

_____

_____

_____

Vorerkrankungen und weitere Beschwerden	**Ja**	**Nein**	**Unbekannt**
Gefäßerkrankungen (z.B. Bluthochdruck)			
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt)			
Schilddrüsenerkrankungen			
entzündlicher Rückenschmerz (M. Bechterew)			
entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa)			
Schuppenflechte (Psoriasis)			
Fersenschmerz			
Sehnenscheidenentzündung (Tendinitis)			
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)			
Tuberkulose			
Trockene Augen- und Mundschleimhäute (Sicca)			
Augenerkrankungen			
Durchblutungsstörungen /“weiß werden der Finger“ (Raynaud-Phänomen)			
Venöser Verschluss/Thrombose oder Embolien			
Frauen: Fehlgeburt			
Herzbeutel- oder Rippenfellentzündung /Serositis			
Aphten (schmerzhafte Schleimhautschädigungen im Mund, Nase oder Genitalbereich)			
Kribbeln in Händen oder Füßen /Sensibilitätsstörungen			

Familienanamnese	Ja	Nein	Unbekannt
Rheumatologische Erkrankungen von Blutsverwandten			
Schuppenflechte (Psoriasis) nächster Blutsverwandte			

Welche Medikamente neben Sie aktuell regelmäßig ein?

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends

Bitte legen Sie Ihrer Terminanfrage aktuelle Laborwerte vom Hausarzt (max. 3 Wochen alt) bei!

Wir benötigen mindestens: CRP und/oder BKS, Differentialblutbild, Transaminasen, Kreatinin, sowie bei Vorstellung wegen Muskelschmerzen auch CK

und falls vorhanden letzte Berichte des Rheumatologen

sowie auf die aktuelle Frage bezogenen bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse.

Terminanfrage wird von uns gesichtet und schnellstmöglich beantwortet. Bitte haben Sie Verständnis, dass aufgrund der Vielzahl der Anfragen die Bearbeitungszeit in Spitzenzeiten wenige Wochen betragen kann. In dringenden Fällen bitte Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt!