

Terminwunsch von Rheumapatienten

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname*: _____ Geb.-Datum*: _____
Straße, Hausnr.*: _____ Telefonnr.*: _____
PLZ, Ort*: _____
Krankenkasse: _____

Angabe Hausarzt/ zuweisender Arzt:

Name: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____

Bekannte rheumatische Grunderkrankung:

Diagnose: _____ Wann Erstdiagnose? _____

Bisherige Behandlung bei:

Aktuelle Therapie:

Bisherige Therapie:

von... bis... Medikament

Relevante Vorgeschichte:

