

Datum:

## Anmeldeformular für die Früharthritidsprechstunde in der Ambulanz MVZ Rheumazentrum Mittelhessen

An:  
MVZ Rheumazentrum Mittelhessen

Sebastian-Kneipp-Str. 36  
35080 Bad Endbach

**E-Mail: praxis@mvz-rzmh.de**

(Tel.: 02776/919117 FAX: 02776/919157)

**Überweisender Arzt:**

Name:	
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	
FAX-Nr.:	
E-Mail:	

**Patient**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefon (tagsüber):	

### Kriterien für einen Akut-Termin

(Zutreffendes bitte eintragen/ankreuzen)

**Abklärung Arthritis/Spondyloarthritis/Psoriasisarthritis** (dermatologischer Befund vorhanden?)

2 oder mehr geschwollene Gelenke     Hände     Füße     andere \_\_\_\_\_

Morgensteife                      Dauer [min.]: \_\_\_\_\_

**LABORBEFUNDE bitte beifügen!**

**Bitte kurze Beschreibung der Symptomatik:**

---



---



---



---



---



---

**Vorbefunde?** Röntgen, MRT, Skelettszintigraphie, Dermatologie, ... (**bitte beifügen**)