

ZUWEISUNG RHEUMA-SPRECHSTUNDE

OÄ Dr. Freia Oher
OÄ Dr. Sabine Leopold
Ass. Dr. Nicholas Himmer



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES
KRANKENHAUS
SPITTAL/DRAU

Abteilung für Innere Medizin
Prim. Dr. Heike Muchar

Bitte an **DaME: KHSPDRAU** oder
rheumaambulanz@khspittal.com senden

Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Telefonnummer des Patienten)	_____ _____
Befund ergeht an	_____ _____
Dauer der Schmerzen	☐ 4 Wochen ☐ 4 bis 6 Wochen ☐ > 6 Wochen
Gelenksschwellung ärztlich beobachtet am	☐ _____
Anzahl der geschwollenen Gelenke	☐ _____
> 3 Monate anhaltender tiefsitzender nächtlicher Rückenschmerz (Besserung in Bewegung)	☐ _____
BSG erhöht	☐ Wert: _____
CRP erhöht	☐ Wert: _____
RF u/o ACPA (antiCCP)	☐ Wert: _____
Sonstige ggf. relevante patholog. Werte	☐ Wert: _____
Fragestellung	_____ _____
Ambulanztermin	am: _____ vergeben von: _____