



Anmeldung zur Früharthritissprechstunde

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____
- Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

- Beginn der Beschwerden:

- Es liegen vor:

entzündliche (weiche) Gelenkschwellungen

tiefsitzender nächtlicher Rückenschmerz

Morgensteifigkeit > 30 Min

Rückenschmerz

Erhöhung des CRP/BSG (bitte Wert angeben)
