



**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](mailto:immunologie@mh-hannover.de)  
[www.mh-hannover.de/kir.html](http://www.mh-hannover.de/kir.html)

Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 532-3014  
[www.mh-hannover.de](http://www.mh-hannover.de)

**Terminanfrage**  
Immunologische/Rheumatologische Ambulanz

**Aktueller Grund für den Vorstellungswunsch**

---

---

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer Festnetz:

Handy:

Aktueller Beruf (oder Hausfrau/ Rentner):

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

Adresse/Kontakt Daten des Hausarztes/Rheumatologen

Name

Adresse

Tel:

<b>Aktuelle Beschwerden</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome:</b>			
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:

---



---



---



---

<b>Vorerkrankungen und weitere Beschwerden</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unbekannt</b>
Gefäßkrankungen (z.B. Bluthochdruck)			
Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt)			
Schilddrüsenerkrankungen			
entzündlicher Rückenschmerz (M. Bechterew)			
entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa)			
Schuppenflechte (Psoriasis)			
Fersenschmerz			
Sehnscheidenentzündung (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			

