

# NEU-Patienten Terminanfrage Rheumatologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Tel.Nr. Patient:		

## Screeningbogen für Hausärzte zur Früherkennung einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung

- |                                          |                                                                |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühdiagnostik  | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis                 |
| <input type="checkbox"/> Schubdiagnostik | <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica                |
|                                          | <input type="checkbox"/> Riesenzellenarteriitis                |
|                                          | <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) |
|                                          | <input type="checkbox"/> Arthritis psoriatica                  |
|                                          | <input type="checkbox"/> Kollagenosen                          |

**DRINGLICH**

**NICHT-DRINGLICH**

### Rheumatoide Arthritis/Polymyalgia rheumatica/ Riesenzellenarteriitis\*

- mehr als zwei weichgeschwollene Gelenke
- Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 min
- Kompressionschmerz der Fingergrundgelenke der Zehengrundgelenke
- symmetrischer Gelenkbefall
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl - .....\*\* oder > 5 mg/l - .....\*\*
- IgM Rheumafaktor erhöht
- CCP .....

### Arthritis psoriatica

- weiche Gelenkschwellungen, auch asymmetrischer Gelenkbefall
- Morgensteifigkeit > 30 min
- Haut- oder Nagelpsoriasis
- Daktylitis
- Psoriasis in der Familienanamnese
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl - .....\*\* oder > 5 mg/l - .....\*\*

### Spondylitis ankylosans

- nächtlicher Rückenschmerz (in der 2. Nachthälfte)
- Besserung durch Bewegung (nicht durch Ruhe)
- Morgensteifigkeit > 30 min
- Sehnenansatzentzündungen (z. B. Ferse)
- Uveitis
- positive Familienanamnese
- HLA-B27(soweit bereits vorhanden)
- positiv  negativ
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl - .....\*\* oder > 5 mg/l - .....\*\*

### Kollagenosen

- weiche Gelenkschwellung
- Leukopenie, Thrombozytopenie
- Fieber unklarer Genese
- Sicca Syndrom

bei Verdacht auf Kollagenosen:

- ANA (quantitativ): ab Titer 1 : 320 positiv
- Doppelstrang DNS-AK positiv

andere \_\_\_\_\_

### Vaskulitis

- |                                        |                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> c-ANCA + MPO  | <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica |
| <input type="checkbox"/> p-ANCA + PR 4 | <input type="checkbox"/> andere _____           |

**Anlage: relevante Vorfunde, Angaben zu Vorerkrankungen und vollständiger Medikationsplan**

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Stempel Arzt

# FAX 03391 – 40 45 883

Nach Sichtung der Unterlagen ergibt sich der folgende Terminvorschlag:

Terminvorschlag: \_\_\_\_\_

Anmeldungen ohne Vorbefunde können wir zur Zeit auf Grund der prekären Versorgungssituation nur im Einzelfall eintakten!  
Anmeldungen ohne Unterschrift und Stempel des Zuweisers werden nicht bearbeitet!

Wurden die folgenden Untersuchungen bereits durchgeführt?

Bei dringlicher Zuweisung sollten diese Untersuchungen bitte durch Sie als zuweisende Einrichtung veranlasst worden sein! Danke

<b>Voruntersuchungen</b>	<b>vorliegend</b>	
Bestimmung Blutbild, Diff.-BB, CRP/BSG, Harnsäure, Kreatinin, Vit. D (25 OH), RF, CCP-Antikörper, ANA	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
Wenn ANA > 640 dann Bestimmung ENA	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
<b>Skelettszintigraphie</b>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Röntgen Hände bds	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Röntgen Füße bds.	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Röntgen Thorax 2 Ebenen	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Röntgen Dens, HWS Schrägaufnahmen	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Sonographie Abdomen	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Befund Derma	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>
- Befund Orthopädie	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>

**FAX 03391 – 40 45 883**