



Anmeldefax Rheumatologie

(Bitte vom überweisenden Arzt ausgefüllt an rechts genannte Praxis schicken)

Partnerpraxis der



Patientendaten (bitte deutlich schreiben)	
Name, Vorname:	
Telefonnummer:	
Email-Adresse:	
Zuweisender Arzt	
Name, Adresse:	
Telefonnummer:	
(Arztstempel)	
Ist die Vorstellung dringlich nach dem <u>TSVG</u> einzuschätzen? Wenn ja, vermerken Sie dies bitte auch auf der Überweisung!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abklärung Arthritis Sind Gelenke geschwollen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abklärung Spondyloarthritis (Morbus Bechterew)	
Chronischer Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. Lj.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HLA-B27 positiv?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdachtsdiagnose/ anderer Vorstellungsgrund	
Symptombdauer:	
Alter des Patienten:	
Laborergebnisse:	CRP (mg/dl): BSG: CCP-AK getestet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergänzungen/Beschwerden:	

Bitte übersenden Sie uns gleichzeitig die Überweisung und Laborwerte!



Patientenfragebogen

Partnerpraxis der



Patnr.:.....

Datum:.....

Familienname:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Straße, HausNr.:

Telefon:

Mobil:

Email:

Ausgeübte Tätigkeit:

Sind Sie arbeitsunfähig? ja nein

Sind Sie berentet? ja nein

Hausarzt+Adresse:

Größe:

Gewicht:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Welche Beschwerden bestehen und sollen rheumatologisch abgeklärt werden?

Müssen Sie wegen der Schmerzen ständig hochdosiert Schmerzmittel nehmen? ja nein

Welche ernsthaften Erkrankungen wurden bei Ihnen bisher diagnostiziert; welche Operationen sind durchgeführt worden?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Waren sie jemals zuvor bei einem Rheumatologen?

ja nein

Wenn ja: mit welchem Ergebnis/welcher Diagnose? Bitte Bericht mitbringen!

Gibt es rheumatologische Erkrankungen in Ihrer Familie

ja nein

Wenn ja: welche?

Patnr.:.....

A) Abklärung von Gelenkschmerzen

Bestehen Gelenkschmerzen/Gelenkschwellungen mit einer Dauer > 3 Monate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehen die Gelenkschmerzen mit einer deutlichen Morgensteifigkeit > 1h einher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen sie regelmäßig nachts wegen Schmerzen aus dem Schlaf heraus auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Gelenke anhaltend geschwollen, überwärmt und sehr druckschmerzhaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Gelenke sind betroffen?		
Wurde bei Ihnen eine Psoriasis (Schuppenflechte) vom Hautarzt diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

B) Abklärung von Rückenschmerzen

Leiden Sie unter tiefsitzenden Rückenschmerzen mit einem Beginn der Schmerzen vor dem 45. Lj. mit einer Dauer von mindestens > 3 Monaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden sie regelmäßig unter Morgensteifigkeit im unteren Rückens von > 30 min?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wachen sie regelmäßig nachts wegen der Rückenschmerzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bessern sich die Rückenschmerzen bei Bewegung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist jemals eine länger anhaltende Schwellung eines ganzen Fingers über mehrere Tage ohne einen vorhergehenden Unfall aufgetreten („Wurstfinger/Wurstzehe“)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen schon einmal durch einen Augenarzt eine Regenbogenhaut-Augenentzündung/Iritis/Uveitis des Auges diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde wie bei Ihnen eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Kolitis ulcerosa) nach einer Darmspiegelung diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt in ihrer Familie (Verwandte ersten oder zweiten Grades) eine der folgende Erkrankungen vor: Morbus Bechterew/Spondyloarthritis/ankylosierender Spondylitis, Psoriasis (Schuppenflechte), Morbus Crohn/Kolitis ulcerosa.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihr Blut positiv auf den genetische Marker HLA-B27 getestet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen ein Bandscheibenschaden/Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Patnr.:.....

C) Weitere Symptome

Werden ihre Finger bei Kälte regelmäßig weiß wie Totenhände bzw. anschließend rot oder tiefblau und schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden sie unter einer quälenden Trockenheit von Augen und/oder Mund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ihre Haut besonders lichtempfindlich, insbesondere im Gesicht oder auf dem Dekolleté, im Sinne von Bläschenbildung und Hautausschlägen auch bei nur leichter Sonnenbestrahlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals eine Thrombose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frauen: Hatten sie jemals eine Fehlgeburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frauen: nehmen Sie Hormonpräparate ein (Pille)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind neue, Sie beeinträchtigende Schläfen-Kopfschmerzen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind neue Kauschmerzen im Bereich der Kaumuskulatur aufgetreten, die Sie beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind neue Sehstörungen i.S. von einer plötzlichen Blindheit eines Auges oder wiederkehrende Doppelbilder aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine Polyneuropathie diagnostiziert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen im Rahmen einer Blutentnahme einer oder mehrere der folgenden Rheumawerte gefunden? ANA, Lupusantikörper, Rheumafaktor, ACPA/Citrullin-Antikörper	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Entzündungswerte im Blut gemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in letzter Zeit ungewollt Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Wie viele kg in welcher Zeit?	
Haben sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie häufig Durchfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Blut im Stuhl?	
Leiden sie rasch unter Atemnot bei Anstrengung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden sie gehäuft unter Lungenentzündungen/chronischen Nebenhöhlenentzündungen, weswegen Sie häufig Antibiotika nehmen müssen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden sie unter blutigen Nasennebenhöhlenentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Patnr.:.....

Sind bei ihnen Allergien/Medikamentenüberempfindlichkeiten bekannt? ja nein

Wenn ja: Welche?

Rauchen sie? ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Waren Sie vor kurzem im Ausland (Fernreise)? ja nein

Liegen bei Ihnen bösartige Erkrankungen vor (Krebserkrankungen)? ja nein

Wenn ja: Welche?

Bestehen bei Ihnen chronische Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein

Wenn ja: Welche?

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Unterschrift:

Bitte zum vereinbarten Termin unbedingt mitbringen:

- Den ausgefüllten Bogen.
- Laborwerte; sofern vorliegend: insbesondere Rheumawerte und Entzündungswerte.
- Vorliegende Krankenhaus-und Arztberichte.
- Erfolgte Bildgebungen (Röntgen, MRT, CT) von betroffenen Gelenken / Körperregionen.