

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

Datum: _____

Arztstempel

Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt

Bitte füllen Sie folgenden Bogen bei **Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine entzündliche Rheumaerkrankung** vollständig aus und senden ihn bei Notwendigkeit einer Terminvergabe mit vorliegenden Labor- und Röntgenbefunden an den weiterbehandelnden Rheumatologen¹.

Bei Vorliegen chronischer Begleiterkrankungen geben Sie bitte dem Patienten einen aktuellen Medikationsplan mit.

| | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Bei Rückenschmerzen | <ul style="list-style-type: none"> • Nächtlicher Rückenschmerz seit weniger als 2 Jahren? • Rückenschmerz in der 2. Nachthälfte mit Besserung auf Bewegung? • Positive Familienanamnese für M. Bechterew/ Psoriasis/ M. Crohn/ C. ulcerosa? • Röntgen LWS durchgeführt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!) | <ul style="list-style-type: none"> • Kleines Blutbild durchgeführt? • BSG > 30 mm • CRP > 10mg/l • Kreatinin > 1,2 mg/dl • GPT > 50 U/l • HLA-B27 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bei Gelenkschmerzen | <ul style="list-style-type: none"> • Gelenkschmerzen mehr als 6 Wochen und weniger als 6 Monate? • Mehr als 1 eindeutig geschwollenes Gelenk? • Morgensteifigkeit der Hände oder Füße länger als 30 Minuten? • Psoriasis bekannt / Psoriasis bei Verwandten 1. Grades bekannt? • Achillessehenschwellung / Dactylitis („Wurstfinger/-zeh“)? • Chronisch-entzündliche Darmerkrankung bekannt? • Röntgenbefund vorhanden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verdacht auf eine andere rheumatische Erkrankung | <ul style="list-style-type: none"> • Polymyalgia rheumatica • Kollagenose • Vaskulitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!) | <ul style="list-style-type: none"> • Kleines Blutbild durchgeführt? • BSG > 30 mm • CRP > 10mg/l • Kreatinin > 1,2 mg/dl • GPT > 50 U/l • Rheumafaktor • CCP-AK (resp. ACPA) • ANA | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Telefonnummer Patient: _____
(sofern einverstanden – ausdrückliche Einwilligung erforderlich!)

¹ Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (auch hausärztlich tätig), Fachärzte für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie