

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verdacht auf eine andere rheumatische Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Polymyalgia rheumatica • Kollagenose • Vaskulitis 	ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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