

## Neuanmeldung für Patienten mit Verdacht auf eine Früharthritis im MVZ der Park-Klinik Weißensee

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir möchten mit Ihrer Hilfe Patienten identifizieren, die an einer neu aufgetretenen entzündlich-rheumatischen Erkrankung leiden, um diese dann zeitnah (d.h. in der Regel innerhalb von 14 Tagen) in unserer Früharthritis-Sprechstunde zu untersuchen und einer entsprechenden rheumatologischen Behandlung zuzuführen.

Bitte faxen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen an die folgende Nummer: **030 - 96 28 4605.**

Wir werden uns dann mit einem Terminvorschlag direkt an den Patienten wenden.

Herzlichen Dank. Mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Team der Rheuma-Ambulanz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. des Patienten: \_\_\_\_\_

**Mindestens eines der folgenden klinischen Symptome vorliegend:** ja nein

**A) Patienten mit Gelenkbeschwerden** (seit mindestens 6 Wochen):

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| .2: 2 druckschmerzhafte Gelenke                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .2: 2 entzündlich* geschwollene Gelenke         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (* weich/elastisch, gerötet und/oder überwärmt) |                          |                          |

**B) Patienten mit Rückenschmerzen** (seit mehr als 3 Monaten):

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| erstmaliges Auftreten vor dem 45. Lebensjahr                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmaximum in der 2. Nachthälfte oder morgens             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besserung der Schmerzen durch Bewegung                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besserung der Schmerzen durch nicht-steroidale Antirheumatika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Mindestens einer der folgenden Laborwerte pathologisch bzw. positiv:** ja nein

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C-reaktives Protein (CrP)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumafaktor (RF)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antikörper gegen citrullinierte Peptide (anti-CCP oder anti-MCV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antinukleäre Antikörper (ANA) - Titer                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HLA-B27  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Autoantikörper _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Absender / Stempel: