

Anmeldebogen zur Erstuntersuchung

Vom Arzt auszufüllen!

Sehr geehrte/r Herr/Frau Kollege/-In!

Aufgrund der geringen Termin-Kapazität bitte ich um Ihre Mithilfe zur Einschätzung der Dringlichkeit der Erstvorstellung Ihres Pat. sowie ggf. bereits einzuleitender Maßnahmen durch Ausfüllen (Ankreuzen) dieses Bogens. Vielen Dank!

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname*: _____ Geb.-Datum*: _____

Straße, Hausnr.*: _____ Telefonnr.*: _____

PLZ, Ort*: _____

Krankenkasse: _____

*Pflichtfelder zur Identifizierung

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten/ Schweigepflichtsentbindung

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Gemäß der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Genaue Information finden Sie auf unserer Webseite www.rheumatologie-kassel.de unter dem Punkt Datenschutz. Hier ist auch aufgeführt, dass Sie diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke meiner Behandlung in der rheumatologischen Praxis Dr. Steinchen verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
- im Rahmen meiner Behandlung erforderliche Befunde, Informationen und Unterlagen durch die rheumatologische Praxis Dr. Steinchen bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

Bitte beachten Sie:

Wir bitten um vollständige und sorgfältige Bearbeitung der Bögen. Nur durch Ihre Mithilfe ist es uns möglich, die von Ihnen geschilderten Beschwerden bzw. die von Ihnen beigefügten Befunde sachlich und fachlich gut einzuschätzen! Bitte legen Sie Labor-/Blutergebnisse und Arztberichte, Röntgenbefunde bei. Bei den Blutwerten kommt es vor allem auf den Entzündungswert CRP und Rheumafaktoren an. Die Werte sollten hier nicht älter als 8 Wochen sein. Alle weiteren Werte senden Sie bitte ebenfalls mit ein.

Angabe Hausarzt/ zuweisender Arzt:

Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Anamnesebogen (für den Hausarzt/ zuweisenden Arzt)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrte Kollege,

leider sind auch in unserer Praxis für internistische Rheumatologie die verfügbaren Termine zur Erstvorstellung sehr knapp geworden. Um Ihren Patienten bei einem dringenden Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung einen baldigen Termin zu ermöglichen, bitte wir Sie, den nachfolgenden Anamnesebogen für oder mit Ihrem Patienten auszufüllen.
Da wir gerne die Versorgung von Patienten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen gewährleisten wollen, ist zur Terminvergabe bei Neupatienten dieser Anamnesebogen unerlässlich geworden.

Bitte kreuzen Sie an oder füllen Sie aus:

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____

Wo treten die Gelenkbeschwerden auf?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schultergelenke | <input type="checkbox"/> Kniegelenke | <input type="checkbox"/> kleine Fingergelenke | <input type="checkbox"/> Sprunggelenke |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenke | <input type="checkbox"/> Handgelenke | <input type="checkbox"/> DIP-Gelenke | <input type="checkbox"/> kleine Zehengelenke |

Wann und wie treten die Symptome auf:

Seit wann?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6 Wochen | Mit Schwellung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> > 6 Wochen | Besserung bei Bewegung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Nach Belastung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Morgens? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Morgensteifigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
-

Rheumafaktoren?

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein |

Anti-CCP-Ak?

CRP/BSG erhöht?

Psoriasis der Haut?

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein, aber in der Familie | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja mit Nagelpsoriasis | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja ohne Nagelpsoriasis | _____ |

Röntgenveränderungen an Gelenken bekannt?

Rückenschmerzen?

- Beginn vor dem 40. LB
- Nächtliches Erwachen wegen der Rückenschmerzen
- Strahlen in eine Gesäßhälfte aus
- Strahlen kribbelnd bis in die Füße aus
- Plötzlicher Beginn
- Morgensteifigkeit
- Menell positiv
- Keine Besserung in Ruhe
- Besserung auf NSAR
- Augenentzündungen

Verdacht auf Kollagenose?

- Sicca-Symptome
- Photosensibilität
- Aphten/offene Stellen Mund/Genital
- Kreisrunder Haarausfall
- Schmetterlingserythem
- Diskoide Hautveränderungen
- Purpura der Haut
- Raynaud-Syndrom
- Digitale Ulzerationen

Sonstiges (Verdachtsdiagnosen, z.B. Vaskulitis, Gewichtsabnahme):

Labordiagnostik erwünscht?

- Ja
- Nein

Wenn ja:

- Autoantikörper (ANA, Rf, ANCA, ACPA)
- Borreliose-Ak
- Yersinien-Ak
- CRP
- Vitamin D
- Kontrolle unter Basistherapie

Symptome: _____

Bisherige Befunde: _____

Kommentar:

Stempel des zuweisenden Arztes:



Vorbefunde, z. B. Labor, Röntgen/MRT, Orthopädische Befunde, Neurologische Befunde bitte mitsenden!