

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 Rheumatologen<sup>1</sup>.

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

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

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

<sup>1</sup> 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