

Checkliste – V.a. entzündlich rheumatische Erkrankung

Fragenbogen zuweisender Arzt:

Laborwerte (obligat): BKS _____ mm/h CRP _____ mg/dl /mg/l

Laborwerte (fakultativ): RF positiv/negativ CCP-AK positiv/negativ
(wenn bestimmt) HLA B27 positiv/negativ ANA Titer 1: _____

Aufgrund welcher konkreten Befunde wird an eine entzündlich rheumatische Erkrankung gedacht?

Bei welchen Fachärzten wurde der Patient bereits vorgestellt? (bitte Befunde beifügen)

Innere Medizin:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Nephrologie | <input type="checkbox"/> Radiologie | |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | <input type="checkbox"/> HNO | |
| <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> Dermatologie | |



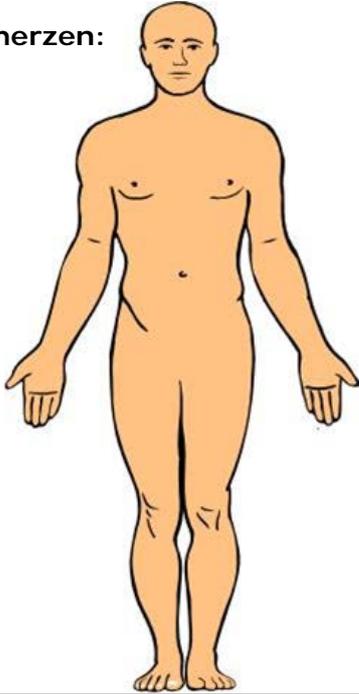
Stempel der Praxis

Tel. Nr. für Rückfragen

Checkliste – V.a. entzündlich rheumatische Erkrankung

Fragebogen Patient:

Schmerzen:



(bitte markieren Sie, in welchen Gelenken/Muskeln Schmerzen bestehen)

Bestehen die Beschwerden seit über 6 Wochen? ja / nein

Schmerzmaximum:

0 6 12 18 24 Uhr
(bitte markieren Sie zu welcher Zeit die Hauptbeschwerden auftreten)

Morgensteifigkeit: _____ Min

Sind Gelenke erkennbar geschwollen? ja / nein

Bestehen Rückenschmerzen seit über 3 Monaten? ja / nein

Werden die Beschwerden in Ruhe besser? ja / nein

Werden die Beschwerden bei Bewegung besser? ja / nein

Allgemeine Angaben:

Ist eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt? ja / nein

Ist eine Schuppenflechte bei Verwandten (1. oder 2. Grades) bekannt? ja / nein

Hatten oder haben Sie eine Augenentzündung (Uveitis)? ja / nein

Hatten oder haben Sie chronische Durchfälle? ja / nein

Besteht Atemnot in Ruhe / bei Belastung / bei starker Belastung? ja / nein

Besteht ein chronischer trockener Reizhusten? ja / nein

Bestehen unklare Hautveränderungen? ja / nein

Werden bei Kälte die Finger weiß? ja / nein

Sind die Schleimhäute (Augen, Mund) extrem trocken? ja / nein

Gibt es rheumatische Erkrankungen in der Familie? ja / nein

Wenn ja, welche? _____ wer ist betroffen? _____

Wurde bereits ein Therapieversuch durchgeführt? ja / nein

Wenn ja, mit welchem Medikament? _____

Hat das Medikament gut gewirkt? ja / nein