

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Screeningbogen für Hausärzte
zur Früherkennung einer
entzündlich-rheumatischen Erkrankung**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frühdiagnostik | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Schubdiagnostik | <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica |
| | <input type="checkbox"/> Riesenzellenarteriitis |
| | <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) |
| | <input type="checkbox"/> Arthritis psoriatica |
| | <input type="checkbox"/> Kollagenosen |

DRINGLICH

NICHT-DRINGLICH

**Rheumatoide Arthritis/Polymyalgia rheumatica/
Riesenzellenarteriitis***

- mehr als zwei weichgeschwollene Gelenke
- Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 min
- Kompressionsschmerz der Fingergrundgelenke der Zehengrundgelenke
- symmetrischer Gelenkbefall
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**
- IgM Rheumafaktor erhöht
- CCP

Arthritis psoriatica

- weiche Gelenkschwellungen, auch asymmetrischer Gelenkbefall
- Morgensteifigkeit > 30 min
- Haut- oder Nagelpsoriasis
- Daktylitis
- Psoriasis in der Familienanamnese
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**

Spondylitis ankylosans

- nächtlicher Rückenschmerz (in der 2. Nachthälfte)
- Besserung durch Bewegung (nicht durch Ruhe)
- Morgensteifigkeit > 30 min
- Sehnenansatzentzündungen (z. B. Ferse)
- Uveitis
- positive Familienanamnese
- HLA-B27(soweit bereits vorhanden)
- positiv negativ
- BSG > 28 mm/h
- CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**

Kollagenosen

- weiche Gelenkschwellung
- Leukopenie, Thrombozytopenie
- Fieber unklarer Genese
- Sicca Syndrom

bei Verdacht auf Kollagenosen:

- ANA (quantitativ): ab Titer 1 : 320 positiv
- Doppelstrang DNS-AK positiv
- andere _____

Vaskulitis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> c-ANCA + MPO | <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica |
| <input type="checkbox"/> p-ANCA + PR 4 | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Anlage: relevante Vorbefunde, Angaben zu Vorerkrankungen und vollständiger Medikationsplan

Bitte das heutige Datum eintragen <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	_____ Unterschrift des Arztes <div style="float: right; text-align: right;"> _____ Stempel Arzt </div>
T	T	M	M	J	J	J	J										

FAX 03987 – 49 89 507

Nach Sichtung der Unterlagen ergibt sich der folgende Terminvorschlag:

Terminvorschlag: _____

**Anmeldungen ohne Vorbefunde können wir zur Zeit auf Grund der prekären Versorgungssituation nur im Einzelfall eintakten!
Anmeldungen ohne Unterschrift und Stempel des Zuweisers werden nicht bearbeitet!**

Wurden die folgenden Untersuchungen bereits durchgeführt?

Bei dringlicher Zuweisung sollten diese Untersuchungen bitte durch Sie als zuweisende Einrichtung veranlasst worden sein! Danke

Voruntersuchungen	vorliegend	
Bestimmung Blutbild, Diff.-BB, CRP/BSG, Harnsäure, Kreatinin, Vit. D (25 OH), RF, CCP-Antikörper, ANA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ANA > 640 dann Bestimmung ENA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Skelettszintigraphie	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Röntgen Hände bds	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Röntgen Füße bds.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Röntgen Thorax 2 Ebenen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Röntgen Dens, HWS Schrägaufnahmen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Sonographie Abdomen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Befund Derma	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
- Befund Orthopädie	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN