AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten					geb. am	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Praxisstempel (Hausarzt)

Tel.-Nr. Patient: _____

Einwilligung in die Datenweitergabe / Schweigepflichts-entbindungserklärung des Patienten/der Patientin

_____

Datum, Ort, Unterschrift Patient/Patientin

Früharthritissprechstunde / Spondyloarthritis

Geschlecht ☐ m ☐ w Geburtsdatum ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Krankenkasse _____

Untersuchungsdatum ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Beginn der Beschwerden ☐☐. ☐☐☐☐
Monat Jahr

Hat der Patient die Kriterien für eine

frühe Arthritis* erfüllt? ☐ ja ☐ nein

frühe Spondylarthritis** erfüllt? ☐ ja ☐ nein

Andere <u>akut therapiebedürftige</u> rheumatische Erkrankung? ☐ ja ☐ nein

Bitte eintragen: **CRP** _____ **BSG** _____

Rheumatologische Verdachtsdiagnose: _____

***Kriterien für eine frühe Arthritis:**
- neu (<6 Monate) oder wiederholt aufgetretene weiche Schwellung eines oder mehrerer Gelenke <u>plus</u> eines der folgenden Kriterien
  - Morgensteifigkeit ≥ 30 Min. oder
  - erhöhte Entzündungsparameter (BSG u./o. CRP)

****Kriterien für eine frühe Spondyloarthritis:**
- neu aufgetretener (<2 Jahre) entzündlicher Rückenschmerz <u>plus</u> eines der folgenden Kriterien
  - positives HLA-B27 oder
  - positive Familienanamnese für Spondyloarthritis oder
  - Ansprechen auf NSAR innerhalb von 48 Stunden

<u>Bitte faxen an:</u>
Sekretariat des Arbeitsbereiches Rheumatologie des Universitätsklinikums Halle
Fax-Nr. 03 45/5 57-49 34 (tel. Rückfragen: Frau Ranneberg 03 45/5 57-19 96)
www.rheumazentrum-halle.de

Bitte Vorbefunde (Labor, Röntgen etc.) der Anmeldung beifügen!