Formular

Notfall Anmeldung Rheumatologie

Nummer: FO-16965

ENDOKRINOLOGIKUM Frankfurt
zurück an Fax-Nummer: (0 69) 69 59 79 24 29

Alle Befunde inkl. Laborbefund bitte in Kopie beifügen!!

Vor- und Nachname Patient/-in:	**Krankenkasse:**
Geburtsdatum Patient/-in:	**Telefon-Nummer Patient/-in (tagsüber):**
Zuweisender Arzt/Praxis:	**Telefon-Nummer Praxis, ggf. Erreichbarkeit des Arztes:**

Beschwerden: **Seit wann:**

Hinweis auf Systembeteiligung an/mit:

☐ Auge	☐ Fieber	☐ Lunge	☐ Nieren
☐ HNO	☐ ungew. Gewichtsverlust	☐ Herz	☐ Blutbild
☐ Lymphadenopathie	☐ Raynaud-Syndrom	☐ Gefäße	☐ Muskeln
☐ Gelenke	☐ Haut / Schleimhaut		

Entzündlicher Rückenschmerz
☐ Dauer > 3 Monate ☐ Alter bei Beginn < 40 Jahre

Periphere Gelenkschmerzen

☐ 1 Gelenk	☐ 2-4 Gelenke	☐ >4 Gelenke	Mit Schwellung
☐ große Gelenke	☐ kleine Gelenke		☐ ja
☐ symmetrisch	☐ asymmetrisch		☐ nein
☐ morgendlich betont	☐ belastungsabhängig		

Beeinträchtigung durch die Beschwerden: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kaum ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr stark

Teilnahme Hausarzt-Vermittlungsfall	☐ **Nein**	☐ **Ja** (bitte geben Sie **unsere** BSNR: 403305600 auf der Überweisung an)
Verdachtsdiagnose:		

Pathologische Befunde: (Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen)

☐ BSG > 30 mm/h	☐ RF	☐ ANCA	☐ Bildgebung
☐ BSG > 60 mm/h	☐ anti-CCP-AK	☐ Kreatinin	☐ Sonstiges (bitte ausführen)
☐ CRP > 2-3x der Norm	☐ HLA B27	☐ Leberwerte	_____
☐ Blutbild	☐ ANA > 1:320	☐ Biopsie	

Kommentare:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Rückantwort (wird von Rheumatologie ausgefüllt!):

☐ Ein Termin wurde vereinbart für den: _____

☐ Anhand der von Ihnen gemachten Angaben ist eine rheumatologische Grunderkrankung unwahrscheinlich, wir empfehlen eine primär hausärztliche/orthopädische Behandlung.