

# Verdacht auf entzündlich rheumatische Erkrankung

Checkliste

## Med. A Rheumaambulanz

### Fragenbogen zuweisender Arzt:

#### Laborwerte (obligat):

BKS \_\_\_\_\_ mm/h

CRP \_\_\_\_\_ mg/dl /mg/l

#### Laborwerte (fakultativ) (wenn bestimmt):

RF positiv/negativ

CCP-AK positiv/negativ

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

Telefonnummer für Rückfragen:

---

# Verdacht auf entzündlich rheumatische Erkrankung

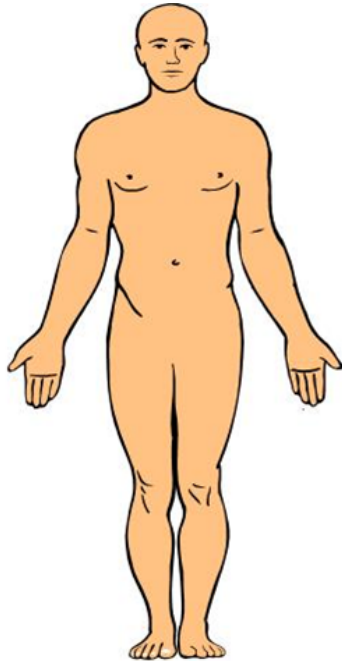
Checkliste

## Med. A Rheumaambulanz

### 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