

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

Praxisstempel (Hausarzt)

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

Tel.-Nr. Patient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift Patient/Patientin

## Frühsprechstunde Arthritis / 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 akut therapiebedürftige 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 plus eines der folgenden Kriterien
  - Morgensteifigkeit  $\geq 30$  Min. oder
  - erhöhte Entzündungsparameter (BSG u./o. CRP)

### \*\*Kriterien für eine frühe Spondyloarthritis:

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

### Bitte faxen an:

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!