

## Nur zum ärztlichen Gebrauch!

Patientendaten	Bitte deutlich schreiben!
Name und Vorname: Telefon: Alter:	

Zuweisender Arzt	Deutlicher Praxisstempel reicht	Arztunterschrift
Name /Adresse Telefon		
Schätzen Sie die Vorstellung als sehr dringlich ein?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

⇒ Abklärung Arthritis	• geschwollene Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------	------------------------	-----------------------------------------------------------

oder

⇒ Abklärung Spondyloarthritis	• chronischer Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. Lj • HLAB-27 pos	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

oder

⇒ Abklärung PMR	• Sturzsenkung / CRP > 50 • Muskelknettschmerz OA/OS • Gewichtsabnahme, Fatigue oder Depressivität • Schmerzbeginn unter 14 Tagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

oder

⇒ Übernahme bei Wegfall des Vorbehandlers	• Biologikatherapie • Unterlagen vorhanden (letzter Brief, Brief der Diagnosestellung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

oder

⇒ Abklärung andere Verdachtsdiagnose		
--------------------------------------	--	--

• Symptombdauer
• CRP / BSG

Bitte vorhandene Unterlagen mitgeben oder besser faxen!