



# MEDIZINICUM

KLINIKUM STEPHANSPLATZ

## Anmeldebogen Erstvorstellung

Fax bitte an: 040-2984430

Datum:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Vorsichteten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vortragsarzt Nr.	VK gültig bis.	Datum

Praxisstempel
---------------

Patient Tel.-Nr.
------------------

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

	Ja	Nein
Patienten mit Gelenkbeschwerden		
Gelenkschmerzen mehr als 6 Wochen		
Mindestens ein eindeutig geschwollenes (entzündetes) Gelenk (außer Großzehengrundgelenk)		
Positive Familienanamnese bzgl. einer rheumatischen Erkrankung		
Patienten mit Rückenschmerzen		
Erstmaliges Auftreten vor dem 45. Lebensjahr		
Dauer mehr als 3 Monate		
Schmerzmaximum in der 2. Nachthälfte oder morgens		
Besserung der Schmerzen durch Bewegung		
Besserung der Schmerzen durch nichtsteroidale Antirheumatika		
Patienten mit Fingerschwellung und Raynaud-Syndrom		
Fingerkuppenulzerationen		
Sind Laborparameter bekannt?		
Erhöhte Entzündungsparameter (BSG 30 > mmHg/1.Std. und/oder CRP > 20 mg/l)		
HLA-B27 positiv		
Rheumafaktoren erhöht		
Antikörper gegen citrullinierte Peptide (z. B. anti-CCP-AK) erhöht		
Antinukleäre Antikörper (ANA) nachweisbar		
Antineutrophile Antikörper (ANCA) nachweisbar		
Andere auffällige Laborwerte:		
Andere Beschwerden/Verdachtsdiagnose		

Diesem FAX liegt bei / Patient wird mitgegeben:

Labor ( ) Bildgebung ( ) Krankenhausberichte ( ) aktuelle Medikamentenliste ( )