



# MEDIZINICUM

KLINIKUM STEPHANSPLATZ

## Anmeldebogen Erstvorstellung

Fax bitte an: 040-298 444 30

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

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

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen

	Ja	Nein
<b>Patienten mit Gelenksbeschwerden</b>		
Gelenkschmerzen mehr als 6 Wochen		
Mindestens ein eindeutig geschwollenes (entzündetes) Gelenk (außer Großzehengrundgelenk)		
Positive Familienanamnese bzgl. einer rheumatischen Erkrankung		
<b>Patienten mit Rückenschmerzen</b>		
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		
<b>Patienten mit Fingerschwellung und Raynaud-Syndrom</b>		
Fingerkuppenulzerationen		
Sind <b>Laborparameter</b> 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		
<b>Andere auffällige Laborwerte:</b>		
<b>Andere Beschwerden/Verdachtsdiagnose</b>		

Diesem FAX liegt bei / Patient wird mitgegeben:

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