

**Fax an**

**RHEUMA.VOR**  
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

**Koordinierungszentrale**

 **0671 932990**

**Fax von**

Adresse überweisender Arzt\* Ärztin (bitte mit Fax und Telefon)

**Patient\*in**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Neu: muskuloskelettaler Schmerz und/oder Gelenkschwellungen in den letzten sechs Monaten

Entzündlicher Rückenschmerz (Auftreten in Ruhe, in der Nacht, Besserung bei Bewegung)?

Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte

Andere Hautveränderungen (Neurodermitis)?

Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitits), „Wurstfinger, Wurstzeh“

Familienanamnese – Rheumaerkrankung?

Psoriasis vulgaris, dermatologisch bestätigt:  
 Nagelpsoriasis     Kopfhautpsoriasis

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?

CRP-Erhöhung Wert (mg/l): \_\_\_\_\_ Normbereich: \_\_\_\_\_

Uveitis in der Vergangenheit?

Punktzahl EARP-Bogen: \_\_\_\_\_ Punktzahl PEST-Bogen: \_\_\_\_\_

bestimmt am: \_\_\_\_\_

Der/Die Patient\*in erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift behandelnder  
Arzt\* Ärztin

\_\_\_\_\_

**Terminbestätigung**

(Rückfax Rheumatologe\*in)

Akut-Termin \_\_\_\_\_

Unterschrift Rheumatologe\*in

\_\_\_\_\_

**Patienteneinwilligung**

Zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an die Koordinierungszentrale

Mein/e behandelnde/r Hausarzt\*ärztin, Internist\*in, Orthopäde\*in, Dermatologe\*in, Neurologe\*in, oder Augenarzt\*ärztin hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort zeitnah einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein/e Arzt\*ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Psoriasisarthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, oder ich nach einer ausführlichen Information durch meine/n Rheumatologen\*in nicht in das Netzwerk Rheuma-VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach einverstanden.

Unterschrift Patient\*in

\_\_\_\_\_



**EARP-Fragebogen**

(EARP steht für Early Arthritis for Psoriatic Patients)

	Ja	Nein
Schmerzen Ihre Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 2x/Woche Schmerzmittel (z.B. Voltaren, Ibuprofen) wegen Gelenkschmerzen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie nachts wegen Rückenschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Morgensteifigkeit für länger als 30 Minuten in den Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Ihre Handgelenke und Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellen Ihre Handgelenke und Finger an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Finger gelegentlich über 3 Tage schmerzhaft geschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwillt Ihre Achillessehne an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Ihre Füße oder Sprunggelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen Ihre Ellbogen oder Hüften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Punktzahl**

Für jedes JA bitte einen Punkt vergeben

**PEST-Fragebogen**

(PEST steht für Psoriasis Epidemiology Screening Tool)

	Ja	Nein
Hatten Sie jemals ein geschwollenes Gelenk (oder geschwollene Gelenke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, dass Sie an Arthritis leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Finger- oder Zehennägel mit Löchern oder Einbuchtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal Schmerzen in Ihrer Ferse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen Finger oder eine Zehe, die ohne ersichtlichen Grund vollständig geschwollen und schmerzhaft war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Punktzahl**

Für jedes JA bitte einen Punkt vergeben

Bitte kreuzen Sie auf der Zeichnung die Gelenke an, die Ihnen Probleme bereitet haben (d.h. steife, geschwollene oder schmerzhaft Gelenke):

