

Verdacht auf RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Fax an

RHEUMA.VOR
Schnell erkennen. Gezielt handeln.
Koordinierungszentrale
☎ 0671 932990

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

Patient/in

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefon (tagsüber)

Kriterien für einen Akut-Termin

- 2 oder mehr geschwollene und schmerzende Gelenke seit _____ Wochen
- Morgensteife > 30 min Dauer (min.): _____
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____ bestimmt am: _____
- CRP-Erhöhung Wert (mg/l): _____ Normbereich: _____ bestimmt am: _____

Die Patientin/der Patient 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 Hausarzt/-ärztin
oder Orthopäde/-in
.....

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in)

Akut-Termin

Unterschrift Rheumatologe/-in

Patienteneinwilligung zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma.VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Orthopäde/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma.VOR am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma.VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma.VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Rheumatoide Arthritis 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 meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin 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 von Rheuma.VOR am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach einverstanden.

Unterschrift Patient/-in

PATIENTENFRAGEBOGEN bei Verdacht auf PSORIASISARTHRITIS (Seite 2/2)

Patient/in

Vorname

.....

Nachname

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

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):

