



Facharztzentrum Heidelberg Nord
Schwerpunktpraxis Rheumatologie
Dres. I. Gao / M. Meier / N. Bender

Tel.: (06221) 65 106-0
Fax: (06221) 65 106-11
Email: info@rheuma-heidelberg.de
www.rheuma-heidelberg.de

Früh-Screening-Sprechstunde

Name Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Stempel überweisende Praxis:

Telefonnummer: _____

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir bieten Ihnen die Früh-Screening Sprechstunde an für Patienten, welche die unten beschriebenen **Leitsymptome** aufweisen, die Sie bestätigen müssen. Patienten erhalten vorrangig einen Untersuchungstermin in der Sprechstunde, wenn Sie diese **erfüllen** und von der Praxis per FAX mit diesem Formular anmelden

Wir werden dann mit dem Patienten Kontakt aufnehmen. *Ausgenommen von der Früh-Screening Sprechstunde sind Patienten, die schon in internistisch-rheumatologischer Behandlung sind !* So wie bisher können Sie uns selbstverständlich auch weiterhin bei Problempatienten direkt in unserer Praxis anrufen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. I. Gao/ Dr. M. Meier/ Dr. N. Bender

Der Patient/ die Patientin weist folgende Leitsymptome auf:

Weiche, gelenkbezogene Schwellung über > 6 Wochen

Und mindestens 2 der folgenden Kriterien **(bitte zutreffendes ankreuzen)**

- Ausschließliche Morgen-Steifigkeit von mehr als 30 Minuten über > 6 Wochen
- anti-CCP-Antikörper quantitativ erhöht, **Laborergebnis anti-CCP:** _____
- BKS und CRP qualitativ erhöht, **Laborergebnis CRP:** _____ **BKS:** _____

oder: **gelenkbezogene Schwellung** mit assoziierten Symptomen, wie (mindestens 1):

- Diagnostizierte Psoriasis vulgaris
- Diagnostizierte CED (M.Crohn, Colitis ulcerosa)
- Diagnostizierte Iritis/ Uveitis
- diagnostizierte Urithritis

Oder: tiefsitzende Rückenschmerzen **nachts mit weckendem Charakter** und **Besserung auf Bewegung, fehlender Besserung auf Ruhe.**

Oder: Schmerzen und Steifigkeit bei Arm-Abduktion/Elevation **mit erhöhten humoralen Entzündungszeichen** **BKS:** _____ **und CRP** _____

Oder: Kopfschmerzen mit **neuem Charakter**, ggf. Gesichtsfeldausfall **und mit erhöhten humoralen Entzündungszeichen (s.o.)** **BKS:** _____, **CRP** _____

Oder: **mindestens 2** der folgenden Kriterien (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Photosensitive Dermatitis, ggf. mit Schleimhaut-Aphten
- Alopezia areata
- Pleuritis
- Schmerzlose Schwäche mit deutlich erhöhter Creatininkinase, **CK:**
- 3-phasiges Raynaud-Syndrom