

**Per Fax an 04192/90-2389 oder Email an
rheumatologie@auenlandklinik.de**

Auenlandklinik Bad Bramstedt GmbH
Rheumatologie und Immunologie
Sektion Rheumatologie & entzündliche Systemerkrankungen des UKE
Direktorin: Prof. Dr. med. Ina Kötter
Oskar-Alexander-Straße 26
24576 Bad Bramstedt
Telefon: 04192/902576 Telefax: 04192/902389
E-Mail: rheumatologie@auenlandklinik.de

Praxisstempel

Patientendaten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Versicherung: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr. des Patienten: _____

Email des Patienten: _____

Diagnose:

☐ Gesicherte Diagnose: _____

☐ Verdachtsdiagnose ☐ Arthritis ☐ Kollagenose ☐ Vaskulitis

☐ _____

Folgende Befunde wurden bisher erhoben (bitte anhängen oder Wert eintragen):

☐ Röntgen Thorax ☐ Röntgen Hände/Füße ☐ Szintigraphie ☐ MRT
(bitte schriftlichen Befund mitgeben)

☐ BSG ____ ☐ CRP ____ ☐ CCP-AK (☐ + oder ☐ -) ☐ ANCA

☐ Rheumafaktor (☐ + oder ☐ -) ☐ ANA (☐ + oder ☐ -)

☐ HLA-B 27 ☐ _____ ☐ _____

☐ vorliegende Arztbriefe

Kommentar/Fragestellung:

GAEP Kriterien:

JA - NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Immobilisierende Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hohes Fieber |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akute sensorische, motorische, zirkulatorische oder respiratorische Störung, die den Patienten nachdrücklich gefährdet oder behindert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | V.a. myokardiale Ischämie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kritische Ischämie von Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akuter Verlust der Sehfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akuter Verlust der Hörfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Überwachungspflichtige Behandlung bei pulmonaler Obstruktion, Diabetes, Nieren- oder Leberfunktionsstörung, schwerem Immundefekt, Bluthochdruck mit Entgleisungsgefahr |

Mit der Weitergabe der oben abgefragten Daten an die Rheumatologie der Auenlandklinik Bad Bramstedt bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____