



**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](mailto: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 \_\_\_\_\_