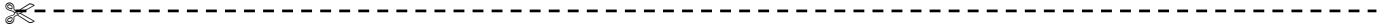


AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Praxisstempel (Hausarzt)

Tel.-Nr. Patient: \_\_\_\_\_



## Frühsprechstunde Arthritis / Spondyloarthritis

 Geschlecht  m  w      Geburtsdatum ..

Krankenkasse \_\_\_\_\_

 Untersuchungsdatum ..

 Beginn der Beschwerden .  
Monat Jahr

Hat der Patient die Kriterien für eine  
**frühe Arthritis\*** erfüllt?       ja       nein  
**frühe Spondyloarthritis\*\*** erfüllt?       ja       nein  
**Andere entzündlich-rheumatische Erkrankung?**       ja       nein

 Zuweisungs-Diagnose (Hausarzt)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Rheumatologische Diagnose  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rheumatologischer Vorstellungstermin \_\_\_\_\_

- \* Kriterien für eine **frühe Arthritis**:
- neu (< 2 Jahre) oder wiederholt aufgetretene weiche Schwellung eines oder mehrerer Gelenke plus eines der folgenden Kriterien
    - Morgensteifigkeit ≥ 30 Min. oder
    - erhöhte Entzündungsparameter (BSG u./o. CRP)
- \*\* Kriterien für eine **frühe Spondyloarthritis**:
- neu aufgetretener (< 2 Jahre) entzündlicher Rückenschmerz plus eines der folgenden Kriterien
    - positives HLA-B 27 oder
    - positive Familienanamnese für Spondyloarthritis oder
    - Ansprechen auf NSAR innerhalb von 48 Stunden

**Rheumatologische ID:**  
 \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Praxisstempel (Rheumatologe)