



**Pädiatrisches Inflammationszentrum / Rheumaambulanz (arcT)**

**Vom Arzt auszufüllen!**

**Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf Rheuma**

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:

  
  

FaxNr:

TelefonNr.Patient

**Notfall** (innerhalb von wenigen Tagen): bitte kontaktieren Sie den diensthabenden Facharzt der Kinder Rheumatologie über die Pforte der Kinderklinik: 07071/2983781

**Termin innerhalb der nächsten 4 Wochen:** bei nachgewiesener Arthritis, bitte beachten Sie: Aufgrund des extrem hohen Patientenaufkommens werden wir diese Patienten über **die Poliklinik** einbestellen müssen. **HandyNr des Kinderarztes** \_\_\_\_\_!

**Regulärer Termin:** meist innerhalb von 3-4 Monaten

1. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung:

2. Beginn der Symptomatik:

3. Symptome

Infekt Häufigkeit im letzten Jahr:

– Gelenkschmerzen:  
nein  ja  Lokalisation:

Schmerzmedikation:/ antiphlogistische Behandlung/ Physiotherapie/Lokalthapie  
nein  ja  welche:

– Gelenkschwellung:  
nein  ja  Lokalisation:

Bewegungseinschränkung:  
nein  ja  Lokalisation:

– Morgensteifigkeit.:  
nein  ja  Lokalisation:

– Fieber:  
nein  ja

Episoden/Jahr:            Dauer der Episoden:            Höhe des Fiebers:

– Lymphknotenschwellungen:  
nein     ja     Lokalisation:

– Enthesitis:  
nein     ja     Episoden/Jahr:

Infekt Häufigkeit im letzten Jahr:  
Erregernachweis:

4. Familienanamnese

Gibt es rheumatische Erkrankungen in der Familie?  
nein     ja     welche Form:

Gibt es chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Colitis Ulzerosa, M.Chron?  
nein     ja     welche:

5. Impfanamnese

Impfstatus nach STIKO vollständig?  
nein     ja

Impfunverträglichkeit (welche):

6. Allergien:

nein     ja     welche:

7. Augenerkrankung:

nein     ja     welche:

Untersuchung auf Uveitis erfolgt?

nein     ja     Falls **nein** Untersuchung umgehend veranlassen!

8. Hauterkrankungen (z.B. Psoriasis)

nein     ja     welche:

9. Haben Sie eine Verdachtsdiagnose, die gesichert oder ausgeschlossen werden sollte?

### **Notwendige Abklärung vor Terminvergabe:**

- Differentialblutbild
- Entzündungsparameter (CRP, Blutsenkung) BB+Diff, Na, K, Ca, Ph, Mg, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, LDH, CK, GOT, GPT, AP, GGT, Bilirubin, Eiweiß, Lipase, CRP, BSG, IgG, IgM, IgA, ACE, Ferritin, 25-OH-Vitamin D3 und Urinstatus,
- Stuhl: Calprotectin
- serologische Parameter: Mykoplasmen, Chlamydien, Borrelien Streptokokken,
- Virologie: EBV-AK, CMV-AK, Parvovirus B19-AK
- Rheumafaktor, HLA B27
- Immunpathologie , ANA
- schriftlicher Befund der bildgebenden Untersuchung
- Orthopädiebefund

**Bitte lassen Sie uns die Anmeldung zusammen mit den Notwendigen Untersuchungen, zukommen.**

**Bitte beachten Sie, dass wir nur komplett ausgefüllte Anmeldungen entgegennehmen können.**

**Faxantwort an: 07071/29 5489**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**