

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Screeningbogen für Hausärzte zur Früherkennung einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt nimmt an der HzV-THR teil | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Versicherter nimmt an der HzV-THR teil | <input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica |
| <input type="checkbox"/> Frühdiagnostik | <input type="checkbox"/> Arteriitis temporalis |
| <input type="checkbox"/> Schubdiagnostik | <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) |
| | <input type="checkbox"/> Arthritis psoriatica |
| | <input type="checkbox"/> Kollagenosen |

Screeningbogen für Hausärzte für eine strukturiert erhobene Verdachtsdiagnose

Beginn der Beschwerden vor: < 12 Wochen 3 – 6 Monaten

Verdachtsdiagnosen

<p>Rheumatoide Arthritis/Polymyalgia rheumatica/Arteriitis temporalis*</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als zwei weichgeschwollene Gelenke</p> <p><input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 min</p> <p><input type="checkbox"/> Kompressionsschmerz der Fingergrundgelenke der Zehengrundgelenke</p> <p><input type="checkbox"/> symmetrischer Gelenkbefall</p> <p><input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h</p> <p><input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**</p> <p><input type="checkbox"/> IgMRheumafaktor erhöht</p>	<p>Arthritis psoriatica</p> <p><input type="checkbox"/> weiche Gelenkschwellungen, auch asymmetrischer Gelenkbefall</p> <p><input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit > 30 min</p> <p><input type="checkbox"/> Haut- oder Nagelpsoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Daktylitis</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis in der Familienanamnese</p> <p><input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h</p> <p><input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**</p>
<p>Spondylitis ankylosans</p> <p><input type="checkbox"/> nächtlicher Rückenschmerz (in der 2. Nachthälfte)</p> <p><input type="checkbox"/> Besserung durch Bewegung (nicht durch Ruhe)</p> <p><input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit > 30 min</p> <p><input type="checkbox"/> Sehnenansatzentzündungen (z. B. Ferse)</p> <p><input type="checkbox"/> Uveitis</p> <p><input type="checkbox"/> positive Familienanamnese</p> <p><input type="checkbox"/> HLA-B27(soweit bereits vorhanden)</p> <p><input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ</p> <p><input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h</p> <p><input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl -** oder > 5 mg/l -**</p>	<p>Kollagenosen</p> <p><input type="checkbox"/> weiche Gelenkschwellung</p> <p><input type="checkbox"/> Leukopenie, Thrombozytopenie</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber unklarer Genese</p> <p><input type="checkbox"/> Sicca Syndrom</p> <p>bei Verdacht auf Kollagenosen:</p> <p><input type="checkbox"/> ANA (quantitativ): ab Titer 1 : 320 positiv</p> <p><input type="checkbox"/> Doppelstrang DNS-AK positiv</p>

Als Anlage sind die entsprechenden Unterlagen lt. Vertrag beigefügt (relevante Vorbefunde, Vorerkrankungen, vollständiger Medikamentenplan).

<p>Bitte das heutige Datum eintragen</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J	<div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Unterschrift des Hausarztes _____ Stempel Hausarzt </p>
T	T	M	M	J	J	J	J										

* für die zeitnahe Terminvergabe - bei Rheumatoider Arthritis, Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis **innerhalb von zwei Wochen** - aufgrund des Verdachts einer frühen Form einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung (Beginn der Beschwerden vor < 6 Monaten) bei einem teilnehmenden RHEUMATOLOGEN

** exakter Laborwert