

Verdacht auf PSORIASISARTHRITIS (Seite 1/2)

Fax an

Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in

Oder Fax an

RHEUMA.VOR
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

Koordinierungs-
zentrale

☎ 030 4507514825

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

Patient/in

Vorname

.....

Nachname

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

Telefon (tagsüber)

.....

- Neu: muskuloskelettaler Schmerz und/oder Gelenkschwellungen in den letzten sechs Monaten
- Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte
- Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“
- Psoriasis vulgaris, dermatologisch bestätigt: Nagelpsoriasis Kopfhautpsoriasis
- CRP mg/l [] Normbereich [] Punktzahl EARP-Bogen [] Punktzahl PEST-Bogen []
- Entzündlicher Rückenschmerz (Auftreten in Ruhe, in der Nacht, Besserung bei Bewegung)?
- Andere Hautveränderungen (Neurodermitis)?
- Familienanamnese – Rheumaerkrankung?
- Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?
- Uveitis in der Vergangenheit?

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma.VOR Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma.VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma.VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin,
Orthopäde/-in oder Dermatologe/-in

.....

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in)

Akut-Termin

Unterschrift Rheumatologe/-in

.....

Patienteneinwilligung zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma.VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Dermatologe/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma.VOR am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma.VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma.VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Psoriasisarthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, oder ich nach einer ausführlichen Information durch meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin nicht in das Netzwerk Rheuma.VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale von Rheuma.VOR am Rheumazentrum Berlin einverstanden.

Unterschrift Patient/-in

.....

PATIENTENFRAGEBOGEN

Patient/in

Vorname

.....

Nachname

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

EARP-Fragebogen (EARP steht für Early Arthritis for Psoriatic Patients)

JA NEIN

Schmerzen die Gelenke?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 2x/Woche Schmerzmittel (z.B. Voltaren, Ibuprofen) wegen Gelenkschmerzen genommen?

Wachen Sie nachts wegen Rückenschmerzen auf?

Haben Sie eine Morgensteifigkeit in den Händen?

Schmerzen Handgelenke und Finger?

Sind die Handgelenke und Finger geschwollen?

Ist ein Finger mehr als 3 Tage schmerzhaft geschwollen?

Schmerzt ihre Achillessehne?

Schmerzen Ihre Füße oder Sprunggelenke?

Schmerzen Ihre Ellbogen oder Hüften?

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

PEST-Fragebogen (PEST steht für Psoriasis Epidemiology. Screening Tool)

JA NEIN

Hatten Sie jemals ein geschwollenes Gelenk/geschwollene Gelenke?

Wurde bei Ihnen von Ihrem Arzt jemals die Diagnose einer Arthritis gestellt?

Befinden sich Löcher oder Gruben auf Finger- oder Zehennägeln?

Haben Sie Schmerzen in Ihrer Ferse?

Hatten Sie jemals einen komplett geschwollenen oder schmerzhaften Finger oder Zeh ohne erkennbare Ursache?

PUNKTZAHL (für jedes JA bitte einen Punkt vergeben)

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung jene Gelenke an, die Ihnen Beschwerden (Steifheit, Schwellung, Schmerzen) bereiten.

