

**Per Fax an 04192/90-2389 oder Email an
sekretariat.rheumatologie@klinikumbb.de**

Klinikum Bad Bramstedt
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: sekretariat.rheumatologie@klinikumbb.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:

BITTE AUCH SEITE 2 AUSFÜLLEN!



Ohne ausgefüllte GAEP-Kriterien ist eine Bearbeitung leider nicht möglich!

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 des Klinikums Bad Bramstedt bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in _____