



Praxis für Rheumatologie Dr. Christoph Kuhn Moltkestraße 90 (Gebäude B, Erdgeschoß) FAX: 0721-66476403 Email: <a href="mailto:info@rheumapraxis-kuhn.de">info@rheumapraxis-kuhn.de</a>	Stempel Hausarzt bitte mit FAX- und Telefonnummer
--	---

<b>Patient</b>	<b>Name</b>	
	<b>Vorname</b>	
	<b>Geburtsdatum</b>	
	<b>Krankenkasse</b>	
	<b>Telefon (tagsüber)</b>	

**Kriterien für einen Akut-Termin**

(Zutreffendes bitte eintragen /ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<b>Früharthritis-Sprechstunde</b>	
<input type="checkbox"/>	2 oder mehr geschwollene Gelenke	Welche ?
<input type="checkbox"/>	BSG-Erhöhung	Wert [mm/1h]:
<input type="checkbox"/>	CRP-Erhöhung	Wert [mg/dl]:
<input type="checkbox"/>	Morgensteife	Dauer[min.]:

<input type="checkbox"/>	<b>Abklärung Spondyloarthritis / Morbus Bechterew</b>	
<input type="checkbox"/>	Tiefer Rückenschmerz > 3 Monate	
<input type="checkbox"/>	Morgensteife > 30 min.	
<input type="checkbox"/>	Alter bei Beginn <45 Jahre	
<input type="checkbox"/>	Besserung bei Bewegung	<u>BSG [mm/h]</u>
<input type="checkbox"/>	Erwachen in der 2. Nachthälfte	<u>CRP [mg/dl]</u>

<input type="checkbox"/>	<b>V.a. Psoriasisarthritis:</b>	
<input type="checkbox"/>	Daktylitis	<u>BSG [mm/h]</u>
<input type="checkbox"/>	Enthesitis	<u>CRP [mg/dl]</u>

**Raynaud-Syndrom bei V. a. Kollagenose / Vaskulitis**

**Uveitis / andere potenziell Rheuma-assoziierte Augenerkrankung**

Anmerkungen / Erläuterungen	<b>Terminvergabe:</b> _____ <b>Rück-FAX ja:    nein:</b>
-----------------------------	--

**Bitte vollständig ausfüllen ! Akut-Termin nur bei Vorliegen von Entzündungszeichen !**