

HAMBURGER RHEUMABOGEN
Eine Initiative des Rheumazentrum Hansestadt Hamburg

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, mit diesem Anmeldebogen möchten wir Ihnen anbieten Ihre Patienten mit dem Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung anzumelden. Auf Grundlage der zusätzlich eingereichten medizinischen Vorbefunde erfolgt die Einbestellung der Patienten nach Dringlichkeit. Bitte kreuzen Sie an oder füllen aus:

V.a. Entzündliche Gelenkerkrankung

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ ≥ 2 Gelenke mit weichen (!) Schwellungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Gelenkschmerzen seit > 6 Wochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Schmerzbedingtes Aufwachen wegen Rückenschmerzen in der 2. Nachhälfte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Besserung der Rückenschmerzen bei Bewegung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Morgensteifigkeit über 45 Minuten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Anamnese einer Uveitis, Psoriasis, chronisch entzündlicher Darmerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nachweis pathologische serologische Entzündungsaktivität (CRP: ____ mg/dl) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nachweis Rheumafaktor <input type="checkbox"/> , Anti-CCP-Antikörper <input type="checkbox"/> oder HLA B27 <input type="checkbox"/> ? | | |
| ▪ Kernspintomogramm mit Nachweis Arthritis <input type="checkbox"/> / Spondyloarthritis <input type="checkbox"/> ? | | |

V.a. Entzündliche Systemerkrankungen (Vaskulitis, Kollagenose, Fiebersyndrome)

Symptome: _____

Bisherige Befunde: _____

Stempel des zuweisenden Arztes (inkl Faxnummer)

Pat. Name: _____

Pat. Geb Datum: _____

Pat. Tel. Nummer: _____

Liste Hamburger internistischer KV-Rheumatologen (sortiert nach PLZ) – senden an (bitte ankreuzen):

- | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------|--|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 20095 | Altstadt | MVZ Rheumatologie | Mönckebergstr. 27 | Fax: 33319610 |
| <input type="checkbox"/> | 20251 | Eppendorf | Universitätsklinikum Eppendorf | Martinistr.52 | Fax: 741046695 |
| <input type="checkbox"/> | 20354 | Neustadt | MVZ meine Ärzte | Stephansplatz 3 | Fax: 320883130 |
| <input type="checkbox"/> | 20457 | Altstadt | Dr. Bisinger | Großer Burstah 25 | Fax: 70383441 |
| <input type="checkbox"/> | 21031 | Bergedorf | Dr. Lebender | Alte Holstenstr. 2 | Fax: 72543822 |
| <input type="checkbox"/> | 21703 | Harburg | Gesundheitszentrum Harburg | Großer Schippsee 16 | Fax: 1818848329 |
| <input type="checkbox"/> | 22087 | Hohenfelde | Marienkrankenhaus | Alfredstr. 9 | Fax: 25462220 |
| <input type="checkbox"/> | 20259 | Eimsbüttel | Dr. El-Nawab-Becker | Hohe Weide 17c | Fax: 49222320 |
| <input type="checkbox"/> | 22391 | Poppenbüttel | Dr. Heintz | Kritenbarg 7 | Fax: 69704787 |
| <input type="checkbox"/> | 22391 | Poppenbüttel | Dr. von Alt-Stutterheim | Kritenbarg 7 | Fax: 69704787 |
| <input type="checkbox"/> | 22587 | Blankenese | MVZ Rheumatologie | Sülld. Kirchenweg 2a | Fax: 825022 |
| <input type="checkbox"/> | 22767 | Altona | Dr. Aries, Dr. Gödde, Dr. Sheikh, Dr. Roth | Mörkenstr. 47 | Fax: 87007326 |
| <input type="checkbox"/> | 22767 | Altona | Dr. Bremer, Dr. Platzek | Mörkenstr. 47 | Fax: 688931371 |

Antwort durch die oben angekreuzte Rheumapraxis:

- Wir haben einen Termin mit dem Patienten abgesprochen. Bitte geben Sie die Vorbefunden mit!
- Leider ist keine kurzfristige Terminvergaben hier möglich. Bitte kontaktierten Sie eine andere Praxis !

Ergänzender Kommentar:
