

Zuweisung Rheuma-Ambulanz Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt

PATIENTENDATEN

Name: _____

SV-Nr.: _____

Geb.: _____

Tel.: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Relevante aktuelle Vorbefunde bitte zum Termin mitbringen.

KLINISCHE ANGABEN

Erstvorstellung

Übernahme ext. Rheumapatient

Beschwerden bestehen seit:

Rheumatologische Vordiagnosen/Vortherapien:

Aktuelle Beschwerden

Monarthritits (=1 Gelenk schmerzhaft und geschwollen,

Lokalisation bitte angeben) _____

Oligoarthritits (2-4 Gelenke, Lokalisation bitte angeben) _____

Polyarthritits (>4 Gelenke, Lokalisation bitte angeben) _____

Entzündlicher Rückenschmerz (Dauer >3 Monate, Alter < 45 J,
nächtliches schmerzbedingtes Erwachen, Besserung auf Bewegung,
keine Besserung in Ruhe)

Daktylitis

Uveitis Psoriasis Chronisch entzündliche Darmerkrankung

Kollagenose Symptomatik:

UV-Sensibilität Raynaud-Phänomen Sicca Symptomatik (Augen und/oder Mund)

Muskelschwäche Hautveränderungen Interstitielle Lungenerkrankung

Serositis Path. Harnbefund (Erythrozyturie und/oder Proteinurie)

Aktuelles Labor (<8 Wochen)

CRP _____ BSG _____ Rheumafaktor _____ CCP AK _____

Bei Verdachtsdiagnose Kollagenose, Vaskulitis oder Axiale Spondyloarthritis (optional)

ANA _____ PR3 ANCA _____ MPO ANCA _____ HLA B 27 _____

Bildgebende Diagnostik

Röntgen MRT CT Sonographie

Bei akuter Symptomatik wie starke Schmerzen oder Vaskulitisverdacht (akuter Visusdefekt, akute temporale Kopfschmerzen, Kauschmerzen, blutiger Schnupfen, pulmonale Hämorrhagie, akute Glomerulonephritis mit Proteinurie und/oder Erythrozyturie, Fieber unklarer Genese usw.) bitte um telefonische Kontaktaufnahme unter 0463-5830-321.

Datum/ Stempel/ Unterschrift: _____

Bitte senden an DaMe-Adresse: KHBBEKH1