

Abklärung einer rheumatischen Erkrankung

Rheumatologie

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Kollege,

zur Optimierung der Abläufe in unserer Rheumaambulanz erbitten wir vorab einige Informationen zu Ihrem Patienten

BITTE BOGEN AUSGEFÜLLT AN FAX-Nr.: 0421 - 497 19 76329

ODER per mail an ambulanztermine-elki@gesundheitnord.de

Name:	Kinderarzt:
Geb.-Datum	
Tel. der Eltern	

Symptome:		
<input type="checkbox"/> Gelenkschwellung	<input type="checkbox"/> Auffälliger Laborwert:	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung	<input type="checkbox"/> Fieber, bitte Protokoll über mindestens 3 Mo	<input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit
<input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Dauer der Beschwerden:		
<input type="checkbox"/> < 6 Wochen	<input type="checkbox"/> > 6 Wochen	<input type="checkbox"/> > 3 Monate

Lokalisation:		
<input type="checkbox"/> Gelenke, welche:		
Knochen, Muskeln, Weichteile (zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Augen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Wir bitten um Laboruntersuchungen vorab:	
Bei V.a. Rheuma:	BSG, BB incl. Diff., CrP, Borrelienserologie, 25-OH-Vitamin D3
Bei rezidivierendem Fieber: BSG, BB incl. Diff., CrP im Fieber und OHNE Fieber	

Bildgebung - WICHTIG !! -
Bitte fügen Sie Sono-, RÖ- und MRT-Befunde bei bei MRT: Bilder auf CD mitbringen !!

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlagen an Sie oder die Familie vergeben!

- Ja Hiermit stimme ich zu, dass das Klinikum Bremen Mitte mit meinem Kinderarzt /Hausarzt meine persönlichen Daten und Informationen zu meinem Krankheitsverlauf nicht anonymisiert per Fax und /
Nein oder Email austauschen darf.

Unterschrift: _____