



## • Früharthritis Fragebogen

für die Früherkennung entzündlich rheumatischer Erkrankungen

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_      Gewicht: \_\_\_\_\_      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Morgensteifigkeit (min): \_\_\_\_\_

<b>Bei peripheren Gelenkschmerzen:</b>			
Besteht mindestens ein sicher entzündetes Gelenk?		ja	nein
Besteht Gelenkschmerz seit > 6 Wochen		ja	nein
<b>Bei Rückenschmerzen im Alter &gt; 40 Jahre</b>			
Nächtliche Rückenschmerzen (Aufwachen in der 2. Nachthälfte)		ja	nein
Schmerz mit Besserung nach Bewegung		ja	nein
Sacroiliitis (MRT)		ja	nein
Verbesserung unter NSAR		ja	nein
<b>Sonstiges</b>			
Psoriasis vulgaris		ja	nein
Erythema nodosum		ja	nein
Vaskulitis		ja	nein
Iritis/Uveitis		ja	nein
Colitis Ulcerosa/Morbus Crohn		ja	nein
<b>Laborwerte</b>			
CRP (mg/dl)	BSG	RF-IgM	CCP-AK
ANA	Anti-DNS AK	ENA	ANCA

Termin am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

- Bitte informieren Sie die/den Patientin/Patienten über den Termin
- Wir haben den Termin bereits mit der/dem Patientin/Patienten abgesprochen

Bitte übermitteln Sie die Vorbefunde per Fax oder geben Sie sie mit! – Danke

Stempel und Unterschrift des  
überweisenden Arztes: