

Praxisstempel

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Anmeldung stationäre Aufnahme von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Systemerkrankung

- Kollagenose: _____
 Vaskulitis: _____
 Autoinflammatorische Syndrome _____
 Hochakute und/oder immobilisierende Arthritis mit Komplikationen und/oder Organbeteiligung? _____

(V.a.) Organbeteiligung von

- Niere Lunge/Pleura Herz/Perikard Haut/SH Nerven Auge
 HNO Blutbild Gelenke Muskeln Gefäße Lymphadenopathie
 Raynaud Fieber Gewichtsabnahme ILD bei Systemerkrankung

Gewünschte Diagnostik

- Röntgen _____ MRT _____ CT _____
 PET-CT Szintigraphie Sonographie Gastro-/Koloskopie
 Bronchoskopie Rechtsherzkatheter Lungenfunktion Punktion
 Kapillarmikroskopie Biopsie Langzeit-EKG Echokardiographie
 Konsil

**Grund der aktuellen
Vorstellung:**

- Diagnosestellung/-sicherung Akutes Krankheitsgeschehen
 Neueinstellung Therapie Weiterführung Therapie

Dringlichkeit (Wochen): _____

Notfall, weil _____

Kommentar, Begleiterkrankungen und Diagnosen: MRSA-Screening ja nein

Aufnahmeterrmin am _____