



Anmeldeformular/Mindestdiagnostik nach §116 b SGB V

Angaben zum Patient/zur Patientin

(wichtig für die Terminvergabe)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Krankenkasse: _____

ICD-10 Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnostik gestellt werden.

Diese setzt sich wie folgt zusammen:

Anamnese:

Beschwerdedauer

☐

< 6 Wochen

☐

> 6 Wochen

Ging eine mgl. Infektion voraus?

☐

Husten

☐

Schnupfen

☐

Durchfall

☐

Brennen beim Wasserlassen

Schmerzniveau auf einer Skala von 0 bis 10 (NRS)?

Besteht Morgensteifigkeit der Gelenke? (> 30 Min.)

☐

ja

☐

nein

Besteht nächtlicher Rückenschmerz?

☐

ja

☐

nein

Sonstiges: _____

Körperliche Untersuchung und Vorbefunde:

Schmerzhafte Gelenkschwellungen?

☐

ja

☐

nein

Bewegungseinschränkungen vorhanden?

☐

ja

☐

nein

Extraartikuläre entzündliche Veränderungen?

☐

Auge

☐

Haut

☐

innere Organe

Sonstiges: _____

Laboruntersuchungen:

Entzündungsparameter sind erhöht?

☐

CRP

am: _____

☐

wiederholt erhöht

☐

BSG

am: _____

☐

wiederholt erhöht

Nur falls vorhanden, bitte Befund beilegen:

☐

ANA

☐

anti CCP Ak

☐

HLA B 27

☐

Rheumafaktor

Sonstiges: _____

Bildgebung:

☐

MRT

☐

Sonografie

☐

CT

Sonstiges: _____

Datum/Praxisstempel+Unterschrift: