



Anmeldeformular/ Mindestdiagnostik nach §116b SGB V

Angaben zum Patient/ zur Patientin

(Wichtig für die Terminvergabe)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

ICD 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 Woche > 6 Wochen

Ging eine mögliche Infektion voraus? Husten, Schnupfen, Durchfall,
• Brennen beim Wasser lassen
•

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

Besteht Morgensteifigkeit der Gelenke (>30Minuten)? 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 erhöht? CRP BSG wiederholt erhöht

Nur falls vorhanden (bitte Befund beilegen):

Antinukleäre Antikörper (ANA) Anti-CCP-Antikörper HLA-B27 Rheumafaktor

Sonstiges: _____

Bildgebung

Nur falls vorhanden (bitte Befund beilegen): MRT Sonografie CT

Sonstiges: _____

Datum

Bitte Stempel einfügen