



Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Anmeldeformulare mit gleichzeitiger Zusendung aller notwendigen Vorbefunde bearbeitet werden.

Patient/Patientin:

Name, Vorname			
Geburtsdatum:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			

Versicherungsstatus:

gesetzlich

privat

Überweisende Praxis:

Name der Praxis		Praxisstempel
Adresse:		
Arzt/Ärztin:		
Telefon:		

Vorstellungsgrund: Autoinflammatorische oder V.a. Autoinflammatorische Erkrankung

• **Beginn der Symptome**

In welchem Alter traten bei Ihnen die ersten Symptome auf?

☐ Neugeborenes/Säuglingsalter Alter?

☐ Kindheit Alter?

☐ Jugend Alter?

☐ Erwachsenenalter Alter?

• **Sind die Symptome periodisch (kommen und gehen)?**

Ja

Nein

• **Sind die Symptome kontinuierlich?**

Ja

Nein

• **Dauer der Schübe? – Wie viele Tage dauern die Schübe an?**

1 Tag 3 bis 5 Tage >7 Tage Kontinuierlich

• **Tageszeit des Fiebers?**

Morgens Mittags gegen Abend Kontinuierlich

• **Welche Symptome treten während der Schübe auf?**

Symptome während der Schübe

1. Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Symptome an:

2. Fieber Ja Nein

3. Bauchschmerzen Ja Nein

4. Durchfall/Übelkeit/Erbrechen/Blähungen Ja Nein

5. Gelenkschmerzen oder -schwellungen Ja Nein

6. Muskelschmerzen Ja Nein

7. Hautausschläge oder -geschwüre Ja Nein

8. Rote, schmerzhaft oder geschwollene Augen/Orbitalödem	Ja	Nein
9. Hörprobleme (z. B. Hörverlust, Tinnitus)	Ja	Nein
10. Kopfschmerzen	Ja	Nein
11. Brustschmerzen oder Kurzatmigkeit	Ja	Nein
12. Erschöpfung oder Schwäche	Ja	Nein
13. Mund-/Genitalgeschwüre	Ja	Nein
14. Vergrößerte Lymphknoten	Ja	Nein
15. Andere (bitte beschreiben): _____		

16. **Auslöser der Schübe**

Keine speziell	Ja	Nein
17. Stress	Ja	Nein
18. Infektionen	Ja	Nein
19. Kälteeinwirkung	Ja	Nein
20. Sport	Ja	Nein
21. Umweltfaktoren	Ja	Nein

• **Familienanamnese**

Haben Familienmitglieder ähnliche Symptome
Bekannte autoinflammatorische Erkrankungen?

• **Bluttests**

Haben Sie während eines Schubes schon einmal Bluttests gemacht, die erhöhte Entzündungsmarker (z. B. CRP, BSG, SAA) zeigten?

☐ Ja ☐ Nein

- CRP _____ am _____
- BSG _____ am _____
- Serum Amyloid _____ am _____
- ANA _____ am _____

HLA-B27: Pos. ☐ Ja ☐ Nein unbekannt
HLA B51 Pos. ☐ Ja ☐ Nein unbekannt

- ☐ Unsicher

• **Familienanamnese**

Haben Familienmitglieder (Geschwister, Eltern, Großeltern) ähnliche Symptome oder eine autoinflammatorische Erkrankung?

- ☐ Ja – Bitte beschreiben Sie.
- ☐ Nein

• **Genetische Untersuchung**

Haben Sie jemals eine genetische Untersuchung durchgeführt, um Ihre Symptome zu untersuchen?

- ☐ Ja – Bitte Ergebnisse angeben, sofern bekannt.
- ☐ Nein
- ☐ Unsicher

Bitte aktuelle Laborwerte mit Entzündungszeichen, falls vorhanden die Bildgebungsbefunde und/oder relevante Vorbefunde (z. B. rheumatologische oder orthopädische Facharztbefunde) der Anforderung beilegen.

Zweitmeinung bzw. bekannter Autoinflammatorischer Erkrankung

Diagnose: _____ seit _____

bisher in Behandlung bei: _____

Therapie bisher: _____

Bitte aktuelle Laborwerte und rheumatologische Vorbefunde der Anforderung beilegen. Aufgrund des Patientenaufkommens ist bei Zweitmeinung derzeit mit einer Wartezeit von ca. 6 Monaten zu rechnen.

Bei **rheumatologischen Notfällen** bitte **Übermittlung des Erstvorstellungsformulars und direkte Kontaktaufnahme** mit unserer M3 Hochschulambulanz per E-Mail unter dem Betreff „Notfallvorstellung Rheumatologie“. Bitte **immer** mit Angabe einer Telefon- oder Mobilfunknummer, unter der wir Sie zurückrufen können.