

## Verdacht auf SPONDYLARTHROSIS

Fax an

Fax bzw. Adresse Rheumatologe/-in

Oder Fax an

RHEUMA.VOR  
Schnell erkennen. Gezielt handeln.  
**Koordinierungs-  
zentrale**  
☎ 030 4507514825

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit Fax und Telefon

Patient/in

Vorname

.....

Nachname

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

Telefon (tagsüber)

.....

Zusätzlich:

- |                                                           |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alter bei Beginn < 40 Jahre      | <input type="checkbox"/> Uveitis                                                                               |
| <input type="checkbox"/> langsamer Beginn                 | <input type="checkbox"/> Sehnenansatzbeschwerden (Enthesitis) an Fuß, Knie oder Hüfte                          |
| <input type="checkbox"/> Schmerz/Steifigkeit in der Nacht | <input type="checkbox"/> Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl (Daktylitis), „Wurstfinger, Wurstzeh“ |
| <input type="checkbox"/> Besserung durch Bewegung         | <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Keine Besserung durch Ruhe       | <input type="checkbox"/> Familienanamnese – Rheumaerkrankung?                                                  |
| <input type="checkbox"/> Alternierender Schmerz im Gesäß  | <input type="checkbox"/> Chron. entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)?                                |

Die Patientin/der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma.VOR Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma.VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma.VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

Unterschrift Hausarzt/-ärztin  
oder Orthopäde/-in

.....

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in)

Akut-Termin

Unterschrift Rheumatologe/-in

.....

Patienteneinwilligung zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an Rheuma.VOR

Mein behandelnder Hausarzt/meine Hausärztin oder Orthopäde/-in hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale Rheuma.VOR am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma.VOR hat mich mein Arzt/meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma.VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Spondylarthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, oder ich nach einer ausführlichen Information durch meinen Rheumatologen/meine Rheumatologin nicht in das Netzwerk Rheuma.VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale von Rheuma.VOR am Rheumazentrum Berlin einverstanden.

Unterschrift Patient/-in

.....