

Fax an



Koordinierungszentrale

0511 532 8055

Fax von

Adresse überweisender Arzt* Ärztin (bitte mit Fax und Telefon)

Patient*in

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Telefon (tagsüber) _____

E-Mail _____

- Alter bei Beginn > 50 Jahre
- Plötzlich auftretende, anhaltende Kopfschmerzen im Schläfenbereich
- Kaubeschwerden
- Sehstörungen (Amaurosis fugax, verschwommenes Sehen, evtl. Doppelbilder)
- Symmetrische Schmerzen des Schulter- und/oder Hüftgürtels
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____
- CRP-Erhöhung Wert (mg/l): _____ Normbereich: _____

Ischämiesymptome (Claudicatio) an den oberen Extremitäten

Therapierefraktäre Polymyalgia rheumatica

Medikation:

bestimmt am: _____

bestimmt am: _____

Der/Die Patient*in 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 behandelnder Arzt*Ärztin

Terminbestätigung

(Rückfax Rheumatologe*in)

Akut-Termin _____

Unterschrift Rheumatologe*in

Patienteneinwilligung

Zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an die Koordinierungszentrale

Mein/e behandelnde/r Hausarzt*ärztin, Internist*in, Orthopäde*in, Dermatologe*in, Neurologe*in, oder Augenarzt*ärztin hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort zeitnah einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale am Rheumazentrum Niedersachsen in Hannover weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein/e Arzt*ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Riesenzellarteriitis 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 meine/n Rheumatologen*in 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 Niedersachsen in Hannover einverstanden.

Unterschrift Patient*in
