

Fax an

RHEUMA.VOR
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

Koordinierungszentrale

 **0671 932990**

Fax von

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

Patient*in

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon (tagsüber) _____

Nachname _____

Krankenkasse _____

E-Mail _____

Kriterien für einen Akut-Termin

ANA-Titer: _____ Normbereich: _____

Andere Autoantikörper: _____ Normbereich: _____

BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____

CRP-Erhöhung Wert (mg/l): _____ Normbereich: _____

Zwei oder mehr schmerzende Gelenke seit _____ Wochen

Muskelschmerzen und Muskelschwäche

Fieber / erhöhte Temperaturen

Sonnenempfindlichkeit

Pleuritis / Perikarditis

ungewollte Gewichtsabnahme

bestimmt am: _____ Muster: _____

bestimmt am: _____ Muster: _____

bestimmt am: _____

bestimmt am: _____

Raynaud-Phänomen

Schluckstörungen

Fatigue

Hautveränderungen

Luftnot bei Belastung

Nachtschweiß

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 innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach 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 Kollagenose 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 am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach einverstanden.

Unterschrift Patient*in

