

Fax an

RHEUMA.VOR
Schnell erkennen. Gezielt handeln.

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 _____

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 (Daktylitits), „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"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)? |

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-Anmeldeformulares 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 Spondyloarthritis 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 _____