

Verdacht auf
Rheumatoide Arthritis

Fax an



Koordinierungszentrale

 **06131 177663**

Fax von

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

Patient*in

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Telefon (tagsüber) _____

E-Mail _____

Kriterien für einen Akut-Termin

- 2 oder mehr geschwollene und schmerzende Gelenke seit _____ Wochen
- Morgensteife > 30 min Dauer (min.): _____
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____ bestimmt am: _____
- CRP-Erhöhung Wert (mg/l): _____ Normbereich: _____ 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 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 Rheumatoide Arthritis 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

