

**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 \_\_\_\_\_

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-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 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 am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach einverstanden.

Unterschrift Patient\*in \_\_\_\_\_

