

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

<input type="checkbox"/> ANA-Titer: _____	Normbereich: _____
<input type="checkbox"/> PR-3/ANCA: _____	Normbereich: _____
<input type="checkbox"/> MPO/ANCA: _____	Normbereich: _____
<input type="checkbox"/> C3, C4: _____	Normbereich: _____
<input type="checkbox"/> BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____	
<input type="checkbox"/> CRP-Erhöhung Wert (mg/l): _____	Normbereich: _____
<input type="checkbox"/> Raynaud-Phänomen	<input type="checkbox"/> Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust
<input type="checkbox"/> Gelenk- und Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> rez. Otitis media	<input type="checkbox"/> Claudicatio
<input type="checkbox"/> epileptische Anfälle, Psychosen	<input type="checkbox"/> Krampfartige Bauchschmerzen (Koliken), eventuell Darminfarkte

bestimmt am: _____	Muster: _____
bestimmt am: _____	
bestimmt am: _____	
bestimmt am: _____	
bestimmt am: _____	
bestimmt am: _____	
<input type="checkbox"/> neu aufgetretene Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Kaumuskelschmerzen
<input type="checkbox"/> Petechien, palpable Purpura	<input type="checkbox"/> Nasenbluten
<input type="checkbox"/> Gefäßbaussackungen (Aneurysmen)	<input type="checkbox"/> Schlaganfall (auch bei jungen Patienten)
<input type="checkbox"/> Hodenschmerzen	<input type="checkbox"/> Missempfindungen, Taubheitsgefühle (Polyneuropathie; Mononeuritis multiplex)

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

Unterschrift Rheumatologe*in

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe*in)

Akut-Termin _____

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 Vaskulitis 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

