

# Anmeldung Rheuma-Ambulanz: an FAX 0211- 811- 6455

**Patienten-Neuvorstellung**  [x]

**Wiedervorstellung** (bekannter Patient)  [x]

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrte Kollegen!

Zur besseren Versorgung von Pat. mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind wir daran interessiert, den Betroffenen schnellstmöglich einen Ambulanz-Termin anbieten zu können. Leider entstehen oft viel zu lange Wartezeiten, die für diese Patienten nicht zumutbar sind und die Langzeitprognose verschlechtern. Um dies zu vermeiden, möchten wir bevorzugt Pat. aus unserem Einzugsgebiet, bei denen noch keine Vorstellung bei einem Rheumatologen erfolgt ist, eine Untersuchung anbieten. Wir bitten, andere Patienten in Heimatnähe rheumatologisch vorzustellen (Praxiswegweiser unter [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)) bzw. eine Wiedervorstellung bei dem vorbehandelnden Rheumatologen zu vereinbaren. Sollte eine Zweitmeinung erforderlich sein, sind wir gerne bereit, auf Anfrage des betreuenden Rheumatologen einen Termin hierzu zu vereinbaren oder sollte es sich um einen Notfall handeln bitten um ein Telefonat bezüglich der Notwendigkeit einer Vorstellung **hier (Telefon 0211-8118421)**.

<input type="checkbox"/> <b>FRÜHARTHROSIS-SPRECHSTUNDE</b> Einschlusskriterien für die Früharthros-Sprechstunde: <input type="checkbox"/> > 2 geschwollene Gelenke <u>und</u> <input type="checkbox"/> > 6 Wochen ≤ 6 Monate Krankheitsdauer  <input type="checkbox"/> RHEUMA-AMBULANZ <input type="checkbox"/> KOLLAGENOSE/VASKULITIS-AMBULANZ <input type="checkbox"/> SCHWANGERSCHAFTSSPRECHSTUNDE  <hr/> <b>Praxis-Adresse (Stempel, Tel.- / Fax-Nr.)</b>   	<p><b><u>Wichtig: Ohne folg. Angaben können wir keinen Termin vergeben! Unsere Wartezeiten betragen in der Regel 4-6 Monate.</u></b></p> <p><b>Aktuelle Beschwerden:</b></p> seit: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Monat.Jahr (unbedingt angeben) <b>Verdachtsdiagnose/ Fragestellung:</b>  <b>War der Pat. bereits bei einem Rheumatologen?</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> <input type="checkbox"/> <b>JA Wann?/wo?:</b> <b><u>bitte WV dort! (s.o.!)</u></b>
<p><b><u>NAME/ VORNAME DES PATIENTEN</u></b></p> Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> <b><u>!!!Adresse/ Telefon-Nummer des Patienten:</u></b> <i>Wichtig: Wir vergeben Termine an Pat. in unserem Einzugsgebiet, bitte Pat. ansonsten heimatnah vorstellen.</i> <i>Bitte Telefon-Nr. angeben, unter welcher Pat. tagsüber erreichbar ist !</i> <b>Wir teilen dem Patienten den vereinbarten Termin mit!</b>	<p><b>Aktuelles Labor</b> (unbedingt angeben):</p> BSG mm n.W.: _____ CRP (mg/l): _____ Leukozyten (/µl): _____ Hämoglobin (g/dl): _____ Thrombozyten (/µl): _____ Rheumafaktor (U/l): _____ <b>Sonstige wichtige Befunde/ Informationen:</b> (Labor; Arbeitsunfähigkeit; Röntgen; Begleiterkrankungen ...)

**Bitte Vorbefunde (Labor, Röntgenbilder, Arztbriefe) und einen Überweisungsschein mitgeben !**

**Vorgehen am Termin für alle Sprechstunden:** Der Patient möchte sich 1 Stunde vor dem vereinbarten Termin in dem Ambulanzbereich einfinden. Die Rheumaambulanz befindet sich im historischen Haus "Himmelgeist" (Gebäude 18.11, U01) in unmittelbarer Nähe der Nord-Einfahrt (Haltestelle: Moorenstrasse). Für Rückfragen: Tel. 0211-8118421

**Ausfüllen durch Rheuma-Ambulanz:** vereinbarter Termin ..... um \_\_\_\_\_ Uhr