

Checkliste zur Aufnahme in die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung für Rheumatologie

Aufnahmeanfrage ASV Rheumatologie

Aufnahmeanfrage ASV Rheumatologie

Bitte fülle Sie TEIL A möglichst vollständig aus und senden es an asv.rheumatologie@klinikum-bayreuth.de

Wir melden uns in Kürze bei Ihnen zurück.

Für Rückfragen sind wir unter 0921 400 3670 erreichbar.

TEIL A (vom Patienten auszufüllen)

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Telefon Privat: _____ Krankenkasse: ☐ GKV ☐ PKV

Überweisung vorhanden ☐ ja ☐ nein

Zuweisender Arzt: _____ ☐ Klinikum ☐ Niedergelassen Ärzte ☐ MVZ

Telefonnummer Zuweisende Ärztin: _____

Erstvorstellung: ☐ ja ☐ nein

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu?

- ☐ Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 Minuten
- ☐ Rheumatische Erkrankung in der Familie
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Nächtliche Rückenschmerzen
- ☐ Wiederkehrende Gelenksteife

Liegen bereits folgende Befunde vor?

- ☐ Entzündungsparameter (CRP und/oder BSG)
- ☐ ANA (falls vorhanden)
- ☐ Anti-CCP-Antikörper (falls vorhanden)
- ☐ Bildgebung (Röntgen, MRT oder Sonographie)

TEIL B (Vom Arzt auszufüllen)

Aufnahmeentscheidung:

- ☐ Wiedervorstellung mit vollständigen Unterlagen
- ☐ Termin anbieten
- ☐ Kein Termin anbieten, Patienten über alternative ambulante Behandlungsmöglichkeiten informieren

Datum:

Unterschrift Arzt: