

Ärztlicher Anmeldebogen Rheumatologie Aalen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

BSNR 613 223 600

leider hat sich die rheumatologische Versorgungssituation in der Region durch Schließung mehrerer rheumatologischer Praxen ohne Nachfolge weiter zugespitzt. Um die Anzahl an Fehlzweisungen zu verringern und somit akuten rheumatologischen Patienten mit hoher Priorität zeitnah eine Behandlungsmöglichkeit anbieten zu können, stellen wir unser Anmeldeverfahren um: Die Anmeldung erfolgt ausschließlich über diesen Anmeldebogen, wir werden regelmäßig alle eingegangenen Anfragen bewerten und die vorhandenen Neupatientenkapazitäten nach Dringlichkeit vergeben. Leider wird es dabei nicht ausbleiben, dass wir nicht-dringliche Patienten auch ablehnen müssen, diese müssen dann versuchen in den Metropolregionen einen Behandlungsplatz zu bekommen, wo wesentlich mehr Behandlungskapazitäten pro Einwohner zur Verfügung stehen. In der Regel werden Sie innerhalb einer Woche benachrichtigt, ob wir Ihren Patienten behandeln können. Die Termine werden zeitnah vergeben, so dass Sie Ihren Mehraufwand ggf. auch über die Vermittlungspauschale erstattet bekommen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!

Ihr Team des MVZ Aalen

Bitte per Fax an: 07361-551943 (wesentliche Vorbefunde + Überweisung bitte als Anlage)

Patientenname: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Wohnort: _____

Telefon/Handy Patient: _____

Symptome: Gelenkschmerzen sichere Gelenkschwellungen

Welche Gelenke: _____

entzündl. Rückenschmerz (dumpfer Sz., in Ruhe, v.a. nachts, Besserung durch Bewegung)

Muskelschmerzen sichere Muskelschwäche Wo: _____

Hautläsionen Fieber Raynaud-Syndrom Sonstige: _____

Symptome bestehen seit: weniger als 4 Wochen 1-3 Monate

weniger als ein Jahr mehr als einem Jahr

Ihre Verdachtsdiagnose: _____

Laborwerte: CRP: _____ mg/l BSG: _____ mm/h CK: _____

Rheumafaktoren CCP-Ak ANA (Titer: _____) ENA: _____

ANCA sonstige patholog. Werte: _____

Datum: _____ **Arztstempel+Unterschrift:**

Rheumatologische Ersteinschätzung: Akut Subakut nachrangliche Dringlichkeit

Termin am _____ um _____ Uhr aktuell keine Behandlungskapazität

Patient wurde durch uns benachrichtigt/erreicht: Ja Nein