

AOK	LKK	BKK	IKK	VDK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Praxisstempel (Hausarzt)

Faxnummer: _____

Telefon Nr. Patient: _____

Fax Anmeldung Rheumatologische Ambulanz Tübingen Terminvergabe für neue Patienten

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

aufgrund der starken Nachfrage und konsekutiven Terminengpässen sind wir gezwungen Anfragen für Neupatienten und Patienten, welche mehrere Jahre nicht in unserer Betreuung waren, nur nach Anmeldung einer überweisenden Praxis anzunehmen. Wir bitten Sie hier um Verständnis.

Um die Vorauswahl und Dringlichkeit zu vereinfachen bitten wir Sie uns möglichst alle relevanten Voruntersuchungen zur Verfügung zu stellen. Generell können wir als universitäre Hochschulambulanz nicht alle Rheuma-Patienten über unsere Ambulanz betreuen. Vor allem komplexe, entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen werden durch uns versorgt. Arthrosen und Schmerzsyndrome gehören nicht zu unserem Versorgungsspektrum.

Wir bieten zudem Spezialsprechstunden für Systemsklerose, Morbus Behcet, Risikoschwangerschaften bei Rheumatischen Erkrankungen und Autoinflammatorische Erkrankungen an. Des Weiteren stehen nach entsprechender Anfrage auch Termine in unserer Studienambulanz und Früharthritissprechstunde zur Verfügung.

Sie erleichtern uns die korrekte Zuordnung der Patienten, wenn Sie uns möglichst viele Informationen und Ihre Verdachtsdiagnose im Vorfeld mitteilen. Die Vorstellungstermine werden nach Dringlichkeit der zuständigen Praxis per Fax übermittelt.

Verdachtsdiagnose: _____

Handelt es sich um einen Notfall? Ja Bitte Notfall-Rückrufnummer angeben: _____

Anmeldung für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Behcet Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Risikoschwangerensprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Systemsklerosesprechstunde | <input type="checkbox"/> Autoinflammationssprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Studienambulanz | <input type="checkbox"/> Allgemeine Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Früharthritissprechstunde | |

Für Früharthritissprechstunde (bitte entspr. Laborwerte anfügen):

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| ▪ Gelenkschmerzen seit weniger als 4 Monaten ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ ≥ 2 eindeutig geschwollenes Gelenk (weiche Schwellung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ Morgensteifigkeit der Hände oder Füße > 30 Minuten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ▪ BSG:mm/h und/oder | CRP:mg/dl odermg/l | |
| ▪ Rheumafaktor: pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> | Anti-CCP-Antikörper: pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> | |

Freitext: _____

Rheumatologisch-Immunologische Ambulanz
 Universitätsklinikum; Medizinische Universitätsklinik; Abteilung II

Otfried-Müller-Straße 10; 72076 Tübingen
 Telefon (07071) 29-84095 // Fax (07071) 29-2763