



Klinikum Südstadt Rostock • Südring 81 • 18059 Rostock

**Klinikum Südstadt  
Rostock** Südring 81, 18059 Rostock  
Tel.: 0381 4401-0  
Fax: 0381 4401-7799

**Klinik für Innere Medizin II** Komm. Chefärztin:  
Dr. med. F. Fieber

**Chefartzsekretariat:**  
Frau C. Krüger  
Tel.: 0381 4401 3000  
Fax: 0381 4401 3099  
Inn2@kliniksued-rostock.de

## Anmeldung ASV-Rheumatologie

**Fax: 0381/44013019**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie Ihre(n) Patienten(in) in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) – Rheumatologie vorstellen möchten.

Die Aufnahme in der ASV Rheumatologie kann aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Die Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus.

Eine Terminvergabe erfolgt nur nach vollständiger Vorlage folgender Dokumente:

1. Überweisungsschein mit Kennzeichnung Behandlung gemäß §116b SGB V
2. ausgefüllter Fragebogen
3. Kopie der Laborwerte bzw. fakultativ bildgebende Befunde, Epikrisen
4. aktueller Medikationsplan

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter 0381-44013015 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr  
ASV-Rheuma-Team

**Station Innere 1  
Schwerpunkt Geriatrie**  
M. Otte  
Tel.: 0381 4401 4600  
Fax: 0381 4401 4699

**Schwerpunkt Pneumologie**  
OA I. Zentner  
Tel.: 0381 4401 3000  
Fax: 0381 4401 3099

**Station Innere 2  
Schwerpunkt Rheumatologie**  
OÄ D. Körth  
Tel.: 0381 4401 3020  
Fax: 0381 4401 3029

**Rheumatologische  
Tagesklinik**  
OÄ Dr. med. A. Kangowski  
Tel.: 0381 4401 3030  
Fax: 0381 4401 3039

**Rheumatologische Fach-  
ambulanz**  
OÄ Dr. med. A. Kangowski  
Tel.: 0381 4401 3015  
Fax: 0381 4401 3019

**Chefartzsprechstunde**  
komm. CA Dr. med. F. Fieber  
Tel.: 0381 4401 3015  
Fax: 0381 4401 3019

**Patientenanmeldung  
und Terminvereinbarung:**  
Mo.-Fr. 08:00 – 15:00 Uhr  
Tel.-Nr.: 0381-4401 8500



## Anmeldung von Patienten in der ASV mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie diesen Bogen zusammen mit Ihrem Arzt aus und senden Sie das Formular an uns zurück.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privatversichert:      Ja      Nein

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### 1. Ist eine Vorstellung beim Rheumatologen bereits erfolgt?

Ja      Nein

#### 1.1. Wenn ja, welcher Rheumatologe/Rheumatologin hat Sie betreut und wann zuletzt behandelt

\_\_\_\_\_

#### 1.2. Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?

Diagnose: \_\_\_\_\_

### 2. Leiden Sie unter Gelenkschwellungen?

Ja      Nein

### 3. Liegen druckschmerzhaft Gelenke vor?

Ja      Nein

#### 3.1. Wenn ja, seit wann treten die Beschwerden auf?

\_\_\_\_\_

### 4. Haben Sie Rückenschmerzen nachts im Liegen?

Ja      Nein

#### 4.1. Wenn ja, seit wann bestehen die Rückenschmerzen?

\_\_\_\_\_

### 5. Liegen andere Beschwerden vor?

\_\_\_\_\_



6. **Morgensteifigkeit:** \_\_\_\_ Minuten

7. **Schmerzstärke von 1 – 10:** \_\_\_\_

keine | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| | stärkste Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. **Haben Sie eine Verdachtsdiagnose?**

ICD Diagnose/ Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

9. **Laboruntersuchungen**

9.1. **Liegen erhöhte Entzündungswerte vor?**

Ja      Nein

CRP: \_\_\_\_\_

BSG: \_\_\_\_\_

**Wenn vorhanden** (bitte Befund beilegen):

Rheumafaktor: \_\_\_\_\_

Anti-CCP-Antikörper: \_\_\_\_\_

HLAB27: \_\_\_\_\_

Antinukleäre Antikörper (ANA): \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie relevante Vorbefunde (z.B. Röntgen- oder MRT/CT-Befunde, Laborbefunde, Arztberichte) an diesen Fragebogen bei.**

Die Terminvergabe erfolgt schriftlich/telefonisch/per Fax.

Vielen lieben Dank!