Klinikum Südstadt Rostock

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
Rheumatologie
Ltd. Oberärztin: Dr. med. F. Fieber

Chefarztsekretariat:
Frau C. Krüger
Tel.: 0381 4401 5000
Fax: 0381 4401 5099
Inn2@kliniksued-rostock.de

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

Schwerpunkt Pneumologie
OA I. Zentner
Tel.: 0381 4401 5000
Fax: 0381 4401 5099

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

Privatsprechstunde
Ltd. OÄ Dr. med. F. Fieber
Tel.: 0381 4401 3015
Fax: 0381 4401 3019

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

Anmeldung ASV-Rheumatologie

Fax: 0381 4401-3019

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

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/Rheumatolgin 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 druckschmerzhafte 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?

_____

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuell gültige Version ist dem Nexus / Curator zu entnehmen.

6. Morgensteifigkeit: ___ Minuten

7. Schmerzstärke von 1 – 10: ____

keine I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I 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!

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuell gültige Version ist dem Nexus / Curator zu entnehmen.