

**Fax an****Koordinierungszentrale**
 **06131 177663**
**Fax von**

Adresse überweisender Arzt\*Ärztin (bitte mit Fax und Telefon)

**Patient\*in**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Kriterien für einen Akut-Termin**

- Gesicherte Diagnose: Systemischer Lupus Erythematoses (SLE), Systemische Sklerose (SSc), undifferenzierte Kollagenose
- ANA-Titer: \_\_\_\_\_ Normbereich: \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_ Muster: \_\_\_\_\_
- Andere Autoantikörper: \_\_\_\_\_ Normbereich: \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_ Muster: \_\_\_\_\_
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_
- CRP-Erhöhung Wert (mg/l): \_\_\_\_\_ Normbereich: \_\_\_\_\_ bestimmt am: \_\_\_\_\_
- Luftnot in Ruhe oder unter Belastung  Muskelschmerzen und Muskelschwäche  Raynaud-Phänomen
- Trockener Husten  Fieber / erhöhte Temperaturen  Schluckstörungen
- Auffällige Lungenfunktion  Sonnenempfindlichkeit  Fatigue
- Schmerzen beim Atmen (Pleuritis)  Perikarditis  Hautveränderungen
- Zwei oder mehr schmerzende Gelenke seit \_\_\_\_\_ Wochen  ungewollte Gewichtsabnahme  Nachtschweiß

Der/Die Patient\*in erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-VOR Netzwerk. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR habe ich sie/ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von Rheuma-VOR bitte ich dabei um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

 Unterschrift behandelnder  
 Arzt\*Ärztin
 \_\_\_\_\_
**Terminbestätigung** (Rückfax Rheumatologe\*in)

Akut-Termin \_\_\_\_\_

Unterschrift Rheumatologe\*in
 \_\_\_\_\_

**Patienteneinwilligung**

Zur Weitergabe des Fax-Anmeldeformulars an die Koordinierungszentrale

Mein/e behandelnde/r Hausarzt\*ärztin, Internist\*in, Orthopäde\*in, Dermatologe\*in, Neurologe\*in, Pneumologe\*in oder Augenarzt\*ärztin hat mich darauf hingewiesen, dass er/sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort zeitnah einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er/sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale an der Universitätsmedizin Mainz weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote von Rheuma-VOR hat mich mein/e Arzt\*ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank von Rheuma-VOR gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Kollagenose bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, oder ich nach einer ausführlichen Information durch meine/n Rheumatologen\*in nicht in das Netzwerk Rheuma-VOR aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale an der Universitätsmedizin Mainz einverstanden.

Unterschrift Patient\*in
 \_\_\_\_\_