Mitglied im DGRh Rheumazentrum Münsterland

Anmeldung eines Patienten für die rheumatologische ASV-Ambulanz am St. Franziskus-Hospital Münster

Sie haben in unserer rheumatologischen Ambulanz angerufen, um einen Termin für eine ambulante Vorstellung zu erhalten. Um Ihre Wartezeit zu reduzieren, erfolgt die Anmeldung für die Ambulanz per Formular über den Hausarzt:

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Patientenfragebogen, einschließlich der nachfolgend aufgeführten Unterlagen, im Vorfeld über Ihren Hausarzt an unsere Ambulanz senden zu lassen.

Dann melden wir uns zeitnah telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

Patientendaten
Name / Vorname:
Geb.-Dat.:
Adresse:
E-Mail:
Tel.-Nr.:
Zuweiser-Praxis:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Beschreibung der aktuellen Beschwerden:

_____

Aktuelle Beschwerden seit __ Tagen / __Wochen /_ Monaten

Gelenkschmerzen mit Schwellungen? (Fingergelenke, Fußgelenke, sonstige Gelenke?)

_____

Anzahl geschwollener Gelenke insgesamt: _____

Nächtlicher Rückenschmerz mit Erwachen? ☐ Nein ☐ Ja, seit wann?:

Rheumatologische Vorerkrankungen bekannt, wie z.B. rheumatoide Arthritis, Psoriasisarthritis, Morbus Bechterew):

Nehmen Sie z.Zt. Schmerzmittel, Cortison oder andere rheumatologische Medikamente ein? (Wenn ja, welches Medikament, welche Dosierung):

_____

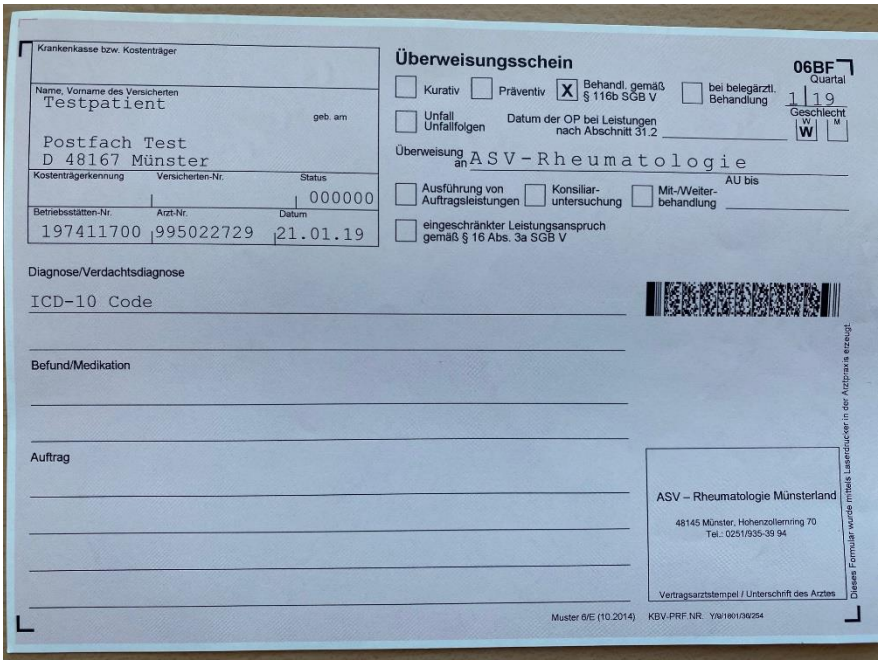
Damit Sie einen Vorstellungstermin von uns erhalten können, bitten wir Sie, dass Sie folgende Befunde bitte zwingend vorab zusenden:

・CRP / RF / CCP

・relevante Arztberichte und Krankenhausentlassberichte

・schriftliche Befundberichte aktueller Röntgenbilder / MRT- oder CT-Aufnahmen falls vorhanden (der letzten 2 Jahre)

・aktuelle Überweisung des Hausarztes nach § 116b im Original:


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
Testpatient
geb. am

Postfach Test
D 48167 Münster

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status
000000

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum
197411700 | 995022729 | 21.01.19

Überweisungsschein

06BF
Quartal
1 | 19

Kurativ ☐ Präventiv ☒ Behandl. gemäß § 116b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen ☐ Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht W M

Überweisung an ASV-Rheumatologie

Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung ☐ AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V ☐

Diagnose/Verdachtsdiagnose
ICD-10 Code

Befund/Medikation

Auftrag

ASV – Rheumatologie Münsterland
48145 Münster, Hohenzollernring 70
Tel.: 0251/935-39 94

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Muster 6/E (10.2014) KBV-PRF.NR. Y/M/1801/36/254

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, stehen wir jederzeit telefonisch gerne zur Verfügung. Wir freuen uns sehr über ein persönliches Telefonat/Rücksprache mit dem in die Sprechstunde überweisenden Arzt.

Mit freundlichen Grüßen
Team Rheumatologie am St. Franziskus-Hospital Münster

Telefon: 0251 935-3971
E-Mail: asv-rheuma@sfh-muenster.de
Dienstag + Mittwoch: 8.00 - 15.00 Uhr
Donnerstag: 8.00 - 12.00 Uhr