RHEUMA ZENTRUM LÜBECK

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN UND RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Thomas Legler
Dr. med. Karen Herlyn, MPH
Dr. (Univ.-Teheran) Masoomeh Karami
Anna Reichard

RHEUMA ZENTRUM LÜBECK Schüsselbuden 30-32, 23552 Lübeck

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund des hohen Versorgungsbedarfes können nur **vollständige** Anmeldungen bearbeitet/ berücksichtigt werden!

Bitte senden Sie uns, wenn möglich die Unterlagen in einer PDF-Datei

vorzugsweise per KIM an **rheumazentrum-luebeck@tomedo.kim.telematik**

Bitte füllen Sie folgende Bögen bei **Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine entzündliche Rheumaerkrankung vollständig** aus und senden uns diese mit vorhandenen Labor-, Röntgen-, Facharztberichten zu.

Der Patient wird für die Terminvereinbarung kontaktiert, dies kann je nach Wartelistenlänge mehrere Monate dauern, da wir Termine nach Dringlichkeitseinschätzung vergeben

Mit besten Grüßen

Ihr Rheumazentrum

ADRESSE
RHEUMA ZENTRUM LÜBECK
Schüsselbuden 30-32
23552 Lübeck

KONTAKT
Tel. 0451 61324630, Fax 0451 61324639
info@rheumazentrum-luebeck.de
www.rheumazentrum-luebeck.de

KONTOVERBINDUNG
Apobank Düsseldorf
IBAN: DE 31 3006 0601 0004 5514 22

RHEUMA ZENTRUM LÜBECK

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN UND RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Thomas Legler
Dr. med. Karen Herlyn, MPH
Dr. (Univ.-Teheran) Masoomeh Karami
Anna Reichard

RHEUMA ZENTRUM LÜBECK Schüsselbuden 30-32, 23552 Lübeck

Anlage 3a zur Honorarvereinbarung 2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum: _____

Arztstempel

Befund- und Überleitungsbogen Rheumatologie für den Hausarzt

Bitte füllen Sie folgenden Bogen bei **Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine entzündliche Rheumaerkrankung** vollständig aus und senden ihn bei Notwendigkeit einer Terminvergabe mit vorliegenden Labor- und Röntgenbefunden an den weiterbehandelnden Rheumatologen[1].

Bei Vorliegen chronischer Begleiterkrankungen geben Sie bitte dem Patienten einen aktuellen Medikationsplan mit.

		ja	nein
Bei Rückenschmerzen	• Nächtlicher Rückenschmerz seit weniger als 2 Jahren?	☐	☐
	• Rückenschmerz in der 2. Nachthälfte mit Besserung auf Bewegung?	☐	☐
	• Positive Familienanamnese für M. Bechterew/ Psoriasis/ M. Crohn/ C. ulcerosa?	☐	☐
	• Röntgen LWS durchgeführt?	☐	☐
Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!)	• Kleines Blutbild durchgeführt?	☐	☐
	• BSG > 30 mm	☐	☐
	• CRP > 10mg/l	☐	☐
	• Kreatinin > 1,2 mg/dl	☐	☐
	• GPT > 50 U/l	☐	☐
	• HLA-B27	☐	☐
Bei Gelenkschmerzen	• Gelenkschmerzen mehr als 6 Wochen und weniger als 6 Monate?	☐	☐
	• Mehr als 1 eindeutig geschwollenes Gelenk?	☐	☐
	• Morgensteifigkeit der Hände oder Füße länger als 30 Minuten?	☐	☐
	• Psoriasis bekannt / Psoriasis bei Verwandten 1. Grades bekannt?	☐	☐
	• Achillessehnenschwellung / Dactylitis („Wurstfinger/-zeh")?	☐	☐
	• Chronisch-entzündliche Darmerkrankung bekannt?	☐	☐
	• Röntgenbefund vorhanden?	☐	☐
Verdacht auf eine andere rheumatische Erkrankung	• Polymyalgia rheumatica	☐	☐
	• Kollagenose	☐	☐
	• Vaskulitis	☐	☐
Erforderliche Labordiagnostik (Laborblatt zwingend beilegen!)	• Kleines Blutbild durchgeführt?	☐	☐
	• BSG > 30 mm	☐	☐
	• CRP > 10mg/l	☐	☐
	• Kreatinin > 1,2 mg/dl	☐	☐
	• GPT > 50 U/l	☐	☐
	• Rheumafaktor	☐	☐
	• CCP-AK (resp. ACPA)	☐	☐
	• ANA	☐	☐

Telefonnummer Patient:_____

(sofern einverstanden – ausdrückliche Einwilligung erforderlich!)

ADRESSE
RHEUMA ZENTRUM LÜBECK
Schüsselbuden 30-32
23552 Lübeck

KONTAKT
Tel. 0451 61324630, Fax 0451 61324639
info@rheumazentrum-luebeck.de
www.rheumazentrum-luebeck.de

KONTOVERBINDUNG
Apobank Düsseldorf
IBAN: DE 31 3006 0601 0004 5514 22

RHEUMA ZENTRUM LÜBECK

FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN UND RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Thomas Legler
Dr. med. Karen Herlyn, MPH
Dr. (Univ.-Teheran) Masoomeh Karami
Anna Reichard

RHEUMA ZENTRUM LÜBECK Schüsselbuden 30-32, 23552 Lübeck

Anmeldung – Rheumatologie

für NEU Patienten

Anmeldedatum: _____

Stempel Anmelder mit Telefonnummer

WICHTIG: Bitte **senden** Sie vorhandene **Vorbefunde (Labor, Radiologie, etc.) mit beiden vollständig ausgefüllten Anmeldeformularen,** wenn möglich in einer PDF-Datei vorzugsweise

per KIM an **rheumazentrum-luebeck@tomedo.kim.telematik**

und geben Sie diese dem/der Patienten/in zum Termin mit dem **Überweisungsschein** mit! Vielen Dank im Voraus.

Patient (Vor- und Zuname): Geburtsdatum:

_____

Telefonnummer des Patienten (für Terminrückruf):

_____

geschwollene Gelenke:

Anzahl: _____
Seit: _____

Laborwerte: (alternativ Laborausdruck):

BSG: _____
CRP: _____
CCP: _____
ANA:_____
RF: _____

Bemerkungen/Vorbefunde:

_____
_____
_____
_____

ADRESSE
RHEUMA ZENTRUM LÜBECK
Schüsselbuden 30-32
23552 Lübeck

KONTAKT
Tel. 0451 61324630, Fax 0451 61324639
info@rheumazentrum-luebeck.de
www.rheumazentrum-luebeck.de

KONTOVERBINDUNG
Apobank Düsseldorf
IBAN: DE 31 3006 0601 0004 5514 22