

Information zum Anmeldebogen für die rheumatologische Sprechstunde

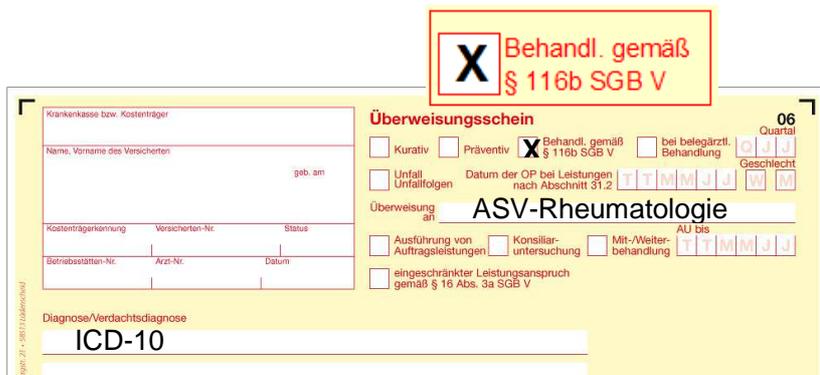
Geltungsbereich: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
Klassifikation: öffentlich

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in unserer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) können ausschließlich Patienten mit einer Verdachtsdiagnose oder einer gesicherten Diagnose vorgestellt werden, die nach §116b SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert und konkretisiert wurden.

Für die Erstvorstellung und einen Termin in unserer Sprechstunde benötigen wir folgende Unterlagen:

- **Anmeldeformular (ausgefüllt vom Haus- oder Facharzt)**
- **Relevante Arztberichte und Laborbefunde**
- **Überweisungsschein (KV Formular 6)**



Überweisungsschein 06
Quartal
Geschlecht
ASV-Rheumatologie
ICD-10

Wir bitten Sie, alle erforderlichen Unterlagen an unsere Ambulanz **zu faxen** oder **per Post** an uns zu schicken. Auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen und Vorbefunde erfolgt die Einbestellung in unsere Sprechstunde. Es ist daher wichtig, dass die Anmeldung vollständig ist. Nach Durchsicht und einer Einschätzung über die Dringlichkeit der Terminvergabe setzen wir uns mit den Patientinnen und Patienten telefonisch oder per E-Mail in Verbindung.

Fax-Nr.: 0711 6489-8140
E-Mail: asv-rheuma@vinzenz.de

Postanschrift:
Rheumatologische Ambulanz
Marienhospital Stuttgart
Böheimstraße 37
70199 Stuttgart

Ablageort:	Laufwerk H – Innere II				
Dokument-Nr.:	I0186	Version:	1.0	Seite:	1 von 1
erstellt:	M.Jurin	überarbeitet/geprüft:	E. Schick	freigegeben:	S.Heitmann
Datum:	19.07.2021	Datum:	18.10.2021	Datum:	19.10.2021

**Anmeldebogen für die rheumatologische Sprechstunde
Formular**

Geltungsbereich: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
Klassifikation: öffentlich



Marienhospital Stuttgart
MEDIZIN LEBEN. MENSCH SEIN.

auszufüllen vom zuweisenden Kollegen/-in

Rheumatologische Ambulanz
Böheimstr. 37
70199 Stuttgart

Anmeldung durch	Patientendaten
	Name:
	Vorname:
	Geburtsdatum:
	Krankenkasse:
	Telefonnummer:

1. **Diagnose:** _____ Verdacht rheumatologisch gesichert
ICD-10

2. **Es liegen vor:**

erhöhte Entzündungszeichen im Labor: CRP _____ mg/l BSG _____
(bitte Labor immer zuschicken) CRP _____ mg/dl

Gelenkschwellungen

Was ist betroffen? _____

Seit wann? _____

Gelenkschmerzen

Was ist betroffen? _____

Seit wann? _____

Morgensteifigkeit, wie lange (Minuten, Stunden) _____

Röntgenbilder MRT CT vorhanden

Fieber Kopfschmerzen

3. **Überweisungsgrund:** _____

4. **War die Patientin/der Patient bereits in rheumatologischer Behandlung?**

Nein Ja, wann und wo zuletzt? _____

_____ Datum

_____ Unterschrift einweisende/r Ärztin/Arzt

F0744



Ablageort:	Laufwerk H – Innere II				
Dokument-Nr.:	F0744	Version:	1.0	Seite:	1 von 1
erstellt:	M.Jurin	überarbeitet/geprüft:	E. Schick	freigegeben:	S.Heitmann
Datum:	19.07.2021	Datum:	19.10.2021	Datum:	19.10.2021



Eine Einrichtung der
**Vinzenz von Paul
Kliniken**