Orthopädisches Kompetenzzentrum
Wirbelsäulenzentrum
Rheumatologisches Kompetenzzentrum
Nordwestdeutschland
Endoprothesenzentrum Münsterland

**Klinik für Rheumatologie**
**und Klinische Immunologie**
**Chefarzt PD Dr. med. Peter Korsten**

St. Josef-Stift · Postfach 1164/1165 · 48318 Sendenhorst

**Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) Rheumatologie Münsterland**

Geschäftsstelle (Nadine Gionkar)
Telefon: 02526 300-1541
Telefax: 02526 300-1555
E-Mail: asv-rh@st-josef-stift.de
Terminvergabe: Telefon 02526 300-300

Westtor 7 · 48324 Sendenhorst
www.st-josef-stift.de

## Dokumentation / Konkretisierung Rheumatologie Überweisung bei Verdachtsdiagnosen

Beschlusstext GBA:
Die Aufnahme in die ASV kann auch aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgen. Diese Überweisung setzt eine medizinische Begründung durch den Vertragsarzt voraus. Zuvor muss eine Mindestdiagnose gestellt werden. Diese Punkte müssen vor Einschluss in die ASV erfüllt sein und mit den eingereichten Unterlagen dem ASV-Arzt vorgelegt werden. Bitte auf der Überweisung §116b ankreuzen und den entsprechenden ICD-Diagnose-Code vermerken.

**Bitte vollständig ausgefüllt (vom Arzt!)**
**zurück faxen an: 02526 - 300 301**
**Eine Bearbeitung ist nur bei Vollständigkeit möglich!**

| **Praxisstempel:** | **Patientendaten** (bitte leserlich ausfüllen)**:** |
|---|---|
| | Name: _____ |
| | Vorname: _____ |
| | Geb.-Dat.: _____ |
| | Telefonnummer: _____ |
| | Krankenkasse: _____ |

**Beschwerdedauer:** ☐ <3 Monate ☐ >3 Monate

**Hinweise auf Systembeteiligung:** (relevante Befunde ggf. beifügen)
☐Fieber ☐Gewicht ↓ ☐LK-Schwellung ☐Auge ☐HNO ☐(Schleim-)Haut ☐Blutbild
☐Herz ☐Lunge ☐Nieren ☐Gefäße ☐Raynaud ☐Muskeln ☐Gelenke

**Entzündlicher Rückenschmerz:** ☐Dauer > 3 Monate ☐ Alter bei Beginn < 40 Jahre

| **Gelenkschmerzen** ☐ | **Gelenkschwellungen** ☐ | | |
|---|---|---|---|
| ☐1 Gelenk ☐ 2-4 Gelenke | ☐>4 Gelenke | ☐große Gelenke | ☐kleine Gelenke |
| ☐symmetrisch | ☐asymmetrisch | | |
| ☐morgendlich betont | ☐belastungsabhängig | | |
| ☐Morgensteifigkeit, wenn ja: Dauer (Minuten) _____ | | | |

**(bitte Seite 2 beachten)**

| | 1 | | | | | | | | | 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Beeinträchtigung durch die Beschwerden: kaum** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **sehr stark** |

**Grund der aktuellen Vorstellung:**

☐ Diagnosesicherung

☐ Zweitmeinung/Therapieverlauf (bitte entsprechende Unterlagen des vorbehandelnden Rheumatologen/in mitsenden)

☐ Indikation Biologika

☐ V. a. Fibromyalgie-Syndrom

☐ vorbehandelnder Rheumatologe praktiziert nicht mehr (bitte entsprechende Unterlagen des vorbehandelnden Rheumatologen/in mitsenden)

☐ **Notfall, weil:** _____

**Pathologische Befunde:** (Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐BSG > 30 mm/h | ☐ RF pos. | ☐ ANCA pos. | ☐C3/C4 erniedrigt |
| ☐BSG > 60 mm/h | ☐anti-CCP-AK pos. | ☐Kreatinin | |
| ☐CRP > 2-3x der Norm | ☐HLA B27 pos. | ☐Leberwerte | |
| ☐Blutbild | ☐ANA >1:320 | ☐Biopsie | |

**Radiologische Befunde:**

☐ Röntgen-/MRT-Bilder vorhanden (Befunde beigefügt)

☐ Röntgen-/MRT-Bilder nicht vorhanden

**Glukokortikoidtherapie:** ☐ja, Dosis _____ mg/d seit wann _____

**Termin am** _____ **um** _____ **Uhr**

Bitte zum Termin die Versichertenkarte und eine Überweisung nach §116 b mitbringen mit entsprechender ICD-Diagnose

[interne Vermerke; nur durch das Patientenmanagement, der RFA´s o. des RH-Sekretariats auszufüllen]

Patient/in über Termin informiert: _____

Praxis über Termin informiert: _____

Rückmeldung des Arztes: _____

Weiterleitung an welchen OA/OÄ, wann: _____

Name / Kürzel MA Patientenmanagement oder Sekretariat: _____