

## **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 Faxformular über den Hausarzt:

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Patientenfragebogen, einschließlich der nachfolgend aufgeführten Unterlagen, im Vorfeld über Ihren Hausarzt an unsere Ambulanz faxen 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 zufaxen oder per Post 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:

**Überweisungsschein**

Krankenkasse bzw. Kostenträger:   
Name, Vorname des Versicherten: Testpatient   
geb. am:   
Postfach Test   
D 48167 Münster   
Kostenträgerkennung:   
Versicherten-Nr.:   
Status: 000000   
Betriebsstätten-Nr.:   
Arzt-Nr.: 197411700 | 995022729   
Datum: 21.01.19

Kurativ  Präventiv  Behandl. gemäß § 116b SGB V  bei belegärztl. Behandlung   
 Unfall Unfallfolgen   
Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2:   
Überweisung an: ASV-Rheumatologie   
AU bis:   
 Ausführung von Auftragsleistungen  Konsiliaruntersuchung  Mit-/Weiterbehandlung   
 eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06BF   
Quartal: 1 | 19   
Geschlecht: W   
M

Diagnose/Verdachtsdiagnose   
ICD-10 Code   
Befund/Medikation   
Auftrag

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes   
Diese Formulare werden mittels Labordruck in der Arztpraxis erzeugt.

Muster 6/E (10.2014) KBV-PRF NR. Y98/1801/06254

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 935-3994  
Telefax: 0251 935-4088  
E-Mail: [innere.med1\(at\)sfh-muenster.de](mailto:innere.med1(at)sfh-muenster.de)  
Montag bis Donnerstag: 8.00 - 16.30 Uhr  
Freitag: 8.00 - 15.00 Uhr