



Fax-Anmeldeformular ADAPThERA Früharthritis Sprechstunde

Datum

Fax an

FAX / Adresse Rheumatologe/-in

Fax an

ADAPThERA
Koordinationszentrale
0671 93 2990

Fax von

Adresse Überweiser bitte mit FAX und TEL

Patient/in

| | |
|--------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Krankenkasse | |
| Telefon (tagsüber) | |

Kriterien für einen Akut-Termin

- 2 oder mehr geschwollene und schmerzende Gelenke seit _____ Wochen
- Morgensteife > 30 min Dauer (min.): _____
- BSG-Erhöhung Wert (mm/1h): _____ bestimmt am: _____
- CRP-Erhöhung Wert (mg/dl): _____ bestimmt am: _____

Terminanfrage

Die Patientin / der Patient erfüllt die Kriterien für die Aufnahme in das Rheuma-Netzwerk ADAPThERA. Über die grundlegenden Ziele und Angebote des Rheuma-Netzwerkes ADAPThERA habe ich sie / ihn informiert. Entsprechend der Qualitätsziele von ADAPThERA bitte ich daher um einen Termin innerhalb möglichst kurzer Zeit.

(Unterschrift Hausarzt/-ärztin oder Orthopäde/-in)

Terminbestätigung (Rückfax Rheumatologe/-in) Akut-Termin: _____ (Unterschrift Rheumatologe/-in)

Patienteneinwilligung zur Weiterleitung des Fax-Anmeldeformulars an die ADAPThERA Koordinationszentrale

Mein behandelnder Hausarzt / meine Hausärztin oder Orthopäde / in hat mich darauf hingewiesen, dass er / sie diesen Bogen an einen spezialisierten Rheumatologen sendet, um dort innerhalb von 14 Tagen einen Termin für mich zu erreichen. Gleichzeitig leitet er / sie den Bogen auch an die Koordinationszentrale des Rheuma-Netzwerkes ADAPThERA am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach weiter. Über die grundlegenden Ziele und Angebote des Rheuma-Netzwerkes ADAPThERA hat mich mein Arzt / meine Ärztin informiert. Ich bin informiert, dass meine persönlichen Daten nur in der Datenbank ADAPThERA RheumaRegister gespeichert werden, wenn sich der Verdacht auf Rheumatoide Arthritis bei meinem ersten Termin beim Rheumatologen bestätigt und ich dann eine entsprechende Patienteneinwilligung unterzeichne. Wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, oder ich nach einer ausführlicheren Information durch meinen Rheumatologen / meine Rheumatologin nicht ins Netzwerk ADAPThERA aufgenommen werden möchte, werden meine Daten bei der Koordinationszentrale umgehend vernichtet.

Ich bin mit der Weitergabe dieses Bogens an die Koordinationszentrale des Rheuma-Netzwerkes ADAPThERA am Rheumazentrum Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach einverstanden.

(Unterschrift Patient / Patientin)

Anlage 3 zur Kooperationsvereinbarung im Rahmen des Projektes ADAPThERA Versorgungsnetzwerk „Individualisierte Rheumatherapie“