


 **anmeldung.rheumazentrum@klinik-weissenburg.de**

 **anmeldung@klinik-weissenburg.tm.kim.telematik**

 **036742 - 66 222**

 **036742 - 66 129**

Anmeldung erfolgt durch:

Behandelnden Arzt:

Name, Vorname (Stempel)

Tel./ Fax:

Patient/ Patientin:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Krankenkasse:

gewünschte Anbindung + Einweisungsgrund:

Rheumatologie

- Akutdiagnostik und Therapie
- Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
- Therapieumstellung/ Optimierung
- Staging
- Diagnosefindung
- Diagnoseüberprüfung

Multimodale Schmerztherapie

Bisherige rheumatologische Behandlung (falls erfolgt) bei:

Diagnosen:

Gesichert:

Verdachtsdiagnose:

Langzeitsauerstofftherapie:

JA

- permanent mit _____ l/ min.
- bei körperlicher Belastung mit _____ l/ min.
- während der Nacht mit _____ l/ min.

NEIN

Dringlichkeit: Vom anmeldenden Arzt auszufüllen!

- akut innerhalb 7 - 14 Tage
- mittelfristig innerhalb 2 - 4 Monaten
- planbar >4 Monaten

Bitte übersenden Sie uns mit dem Anmeldeformular relevante Unterlagen:
Labor, Bildgebung Thorax, Hände, Füße, MRT, Szintigraphie, Facharztberichte etc.

IM NOTFALL - BITTE TELEFONISCH MELDEN!