KLINIK AN DER WEISSENBURG

anmeldung.rheumazentrum@klinik-weissenburg.de
anmeldung@klinik-weissenburg.tm.kim.telematik
036742 - 66 222
036742 - 66 129

Anmeldung von Patienten

für die stationäre Aufnahme im Fachkrankenhaus
für Rheumatologie an der Weißenburg

Anmeldung erfolgt durch:

◯ **Behandelnden Arzt:**

Name, Vorname

Anschrift oder Stempel

Tel./ Fax:

◯ **Patient/Patientin**

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
E-Mail:
Telefon:
Krankenkasse:

Gewünschte Einbindung + 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 von 7-14 Tagen ◯ mittelfristig: innerhalb von 2-4 Monaten ◯ planbar: >4 Monate

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

IM NOTFALL BITTE TELEFONISCH MELDEN!