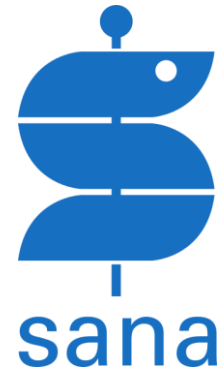


Kontakt:

Sana Klinikum Offenbach
ASV-Rheumasprechstunde
(ambulante spezialärztliche Versorgung)
1. Stock, Leitstelle 2
Starkenburgering 66
63069 Offenbach



Telefon: 069 8405-7081 o. 7085

Fax: 069 8405-3929

E-Mail: Rheumaambulanz-SOF@Sana.de

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie wünschen einen Termin in der Rheumaambulanz des Sana Klinikums Offenbach? Dazu gehen Sie bitte wie folgt vor:

- 1 „Fax u. E-Mail Formular“ ausdrucken und ausfüllen (Faxseitenzahl bitte nicht vergessen!)
- 2 Stellen Sie Ihre aktuellen Vorbefunde **als Kopie** zusammen, z. B. Laborergebnisse, Facharztbefunde etc.
- 3 Bitte senden Sie das ausgefüllte Faxformular und die dazugehörenden Unterlagen an o. g. Anschrift per Fax, E-Mail, Post oder durch persönliche Übergabe an der Leitstelle 2 bei Frau Matl-Popovic, Frau Abdi oder Frau Keo (Klinikgebäude, Aufgang C, Ebene 1).

Nach Eingang der Unterlagen (**nur als Kopie!**) prüft Herr Oberarzt Dr. med. B. Kaufmann, ob Sie die gesetzlichen Kriterien für eine Behandlung in unserer rheumatologischen Spezialambulanz erfüllen.

Wenn die Kriterien passen und eine Terminvergabe möglich ist, werden Sie innerhalb von wenigen Tagen telefonisch oder per E-Mail zwecks Terminvergabe kontaktiert.

Falls innerhalb von 14 Tagen keine Kontaktaufnahme von unserer Seite erfolgt, so erfüllen Sie die Kriterien für eine Aufnahme in dieser Ambulanz **NICHT** und können sich mit der Bitte um Terminvergabe an einen niedergelassenen Rheumatologen wenden. Ihre Unterlagen werden entsprechend vernichtet.

**Vorbehandlungen, bitte fügen Sie ggf. vorhandene
Vorbefunde und frühere Arztbriefe bei:**

Eingenommene Medikamente:

Das Formular besteht insgesamt aus _____ Seiten



An die
ASV-Rheumasprechstunde
(ambulante spezialärztliche Versorgung)
Medizinische Klinik III
Tel.-Nr.: 069 8405-7081 o. 7085
Fax-Nr. 069 8405-3929
E-Mail: Rheumaambulanz-SOF@Sana.de

Wir bitten um einen Termin in der ASV Ambulanz nach § 116 b für:

Patient/in Name, Vorname Krankenkasse

_____ Geburtsdatum _____

Tel.-Nr. des/der Patienten/in _____

**Kriterien für die Zuweisung von Patienten in der ASV-Rheumasprechstunde
(ambulante spezialärztliche Versorgung)**

(ein Kriterium muss erfüllt sein)

1. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen (z.B. rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis, M. Bechterew) mit schwerem, kompliziertem Verlauf, Organmanifestationen oder Nicht-Ansprechen auf eine Basistherapie und damit Indikation für eine Biologikatherapie: **Ja** **Nein**

2. Gesicherte Vaskulitis (z.B. allergische Vaskulitis, Purpura Schönlein Hennoch, ANCAasoziierte Vaskulitiden, Kryoglobulinämien) **Ja** **Nein**

3. Gesicherte Kollagenose (z.B. systemischer Lupus erythematodes, Sjögren-Syndrom, Polymyositis, Mischkollagenose, Sklerodermie, Sarkoidose) **Ja** **Nein**

Befunde liegen bei, insgesamt _____ Seiten

Bitte **Vorstellung mit Überweisung, Versichertenkarte** und ggf. **Vorbefunden**

Praxisstempel