

Universitätsklinikum Jena · Klinik für Innere Medizin III · Postfach · 07740 Jena

Anmeldung

ASV-Rheumatologie

Fax: 03641 – 9324352
(Rücksendung Seite 2 ausreichend)

Prof. Dr. med. Gunter Wolf, MHBA
Direktor der Klinik
Am Klinikum 1, 07740 Jena

Telefon 03641 932 4301
Telefax 03641 932 4302
E-Mail: kim3-direktion@med.uni-jena.de
www.uniklinikum-jena.de/kim3

Das Universitätsklinikum Jena ist zertifiziert
nach DIN EN ISO 9001

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie Ihre(n) Patienten(in) in der Ambulanten Spezialfachärztlichen
Versorgung (ASV) – Rheumatologie vorstellen möchten.

Die Aufnahme in der ASV Rheumatologie kann aufgrund einer **Verdachtsdiagnose**
erfolgen. Die Überweisung setzt eine **medizinische Begründung** durch den Vertragsarzt
voraus (entsprechend Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ambulante
spezialfachärztliche Versorgung).

Eine Terminvergabe erfolgt nur nach vollständiger Vorlage folgender Dokumente:

1. Überweisungsschein
2. Anmeldeformular (vollständig ausgefüllt)
3. Kopie der pathologischen Laborwerte bzw. fakultativ der Bildgebung

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern unter 03641 – 9324629 zur Verfügung

FB Nephrologie:

Akutdialyse/Station A201:

Tel. 03641-932 64 13
Fax 03641-932 64 12

Station A240:

Tel. 03641-932 62 43
Fax 03641-932 62 42

Leitstelle Ambulanz

Tel. 03641-932 60 15
Fax 03641-932 60 12

**FB Endokrinologie/
Stoffwechselerkrankungen:**

Station E230:

Tel. 03641-932 43 21
Fax 03641-932 82 42

Tagesklinik:

Tel. 03641-932 43 95
Fax 03641-932 43 96

Leitstelle Ambulanz:

Tel. 03641-932 60 10
Fax 03641-932 60 12

**Terminvereinbarungen
für neue Patienten:**

Tel. 03641-932 43 41
Fax 03641-932 43 42

**FB Rheumatologie/
Osteologie:**

Station A230:

Tel. 03641-932 62 30
Fax 03641-932 62 32

Tagesklinik:

Tel. 03641-932 68 46
Fax 03641-932 68 47

Leitstelle Ambulanz:

Tel. 03641-932 60 15
Fax 03641-932 60 12



Patientendaten:

Name/Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Überweisender Arzt:

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon- und Faxnummer: _____

Anamnese:

- positive Familienanamnese für eine rheumatologische Grunderkrankung
- Morgensteifigkeit der Gelenke (> 30 Minuten)
- Arthralgien
- Muskelschmerzen
- Andere:
- Rezidivierende Gelenksteife
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Muskelschwäche

Körperliche Untersuchung:

- Schmerzhaftige Gelenkschwellung
- Raynaud-Syndrom
- vaskulitische Hautläsionen
- Bewegungseinschränkung
- Extraartikuläre Manifestationen

Laboruntersuchungen:

- CRP:
- Rheumafaktor positiv
- dsDNS positiv
- CK:
- ACPA positiv
- cANCA/PR3 positiv
- Myoglobin:
- BSG:
- ANA positiv
- pANCA/MPO positiv
- Myositisblot positiv

Fakultativ Bildgebung

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt

Termin am: (wird vom UKJ ausgefüllt)