RheumaNova
RHEUMATOLOGIE | FACHPRAXIS BASEL

ÄRZTLICHES ZUWEISUNGSFORMULAR
Tel. +41 61 201 35 10 | praxis@rheumanova.ch

Anmeldung zur rheumatologischen Abklärung / Mitbetreuung

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. Vorbefunden per HIN-Mail an praxis@rheumanova.ch

1. PATIENTENANGABEN

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / PLZ / Ort:

Telefon / Mobil:

Krankenkasse / KVG-Nr.:

Versicherung (Allg. / Halbpr. / Privat):

2. ZUWEISENDE PRAXIS / KLINIK

Ärztin / Arzt (Name, Titel):

Praxis / Spital:

Strasse / PLZ / Ort:

Telefon Rückfragen:

HIN-E-Mail:

ZSR- / GLN-Nummer:

3. DRINGLICHKEIT DER ZUWEISUNG

☐ Regulär (nächstmöglicher Termin) ☐ Zeitnah (innert 2–4 Wochen) ☐ Dringend / Akut (bitte tel. Voranmeldung)

4. GEWÜNSCHTE ABKLÄRUNG / THERAPIE

☐ Rheumatologisches Konsilium (Diagnostik & Therapieempfehlung)
☐ Mitbetreuung / Weiterbehandlung
☐ Hochauflösende Sonographie Bewegungsapparat / Gefässe
☐ Ultraschallgesteuerte Infiltration / Punktion
☐ Osteoporose-Abklärung & Therapieplanung
☐ Biologika- / Infusionstherapie

5. KLINISCHE FRAGESTELLUNG, SYMPTOMATIK & VERDACHTSDIAGNOSE

6. BEILAGEN (BITTE MITSENDEN SOFERN VORHANDEN)

☐ Aktuelle Laborresultate (BSR, CRP, Blutbild, RF, Anti-CCP, ANA)
☐ Aktuelle Medikamentenliste
☐ Radiologie-Berichte / Zugangsdaten Bildgebung (Röntgen, MRI, DXA)
☐ Relevante Vorberichte / Austrittsberichte

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt