

Anmeldefax für dringliche Patienten Orthopädie  
 Praxis Dres. Sensse – Fax 05371-990592

## Nur zum innerärztlichen Gebrauch!

| Patientendaten                |  | Bitte deutlich schreiben! |
|-------------------------------|--|---------------------------|
| Name und Vorname:<br>Telefon: |  |                           |

| Zuweisender Arzt                                     | Deutlicher Praxisstempel | Arztunterschrift  |
|--|--------------------------|---|
| Name /Adresse<br>Telefon                             |                          |   |
| Schätzen Sie die Vorstellung als sehr dringlich ein? |                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
| ⇒ aktivierte Arthrose | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomatik unter 7 Tage</li> <li>• Umfangsplus 2 cm zur Gegenseite</li> <li>• akute Arthritis (dick und rot und heiß)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------|--|---|

oder

|                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| ⇒ akute Rückenschmerzen | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomatik unter 7 Tage</li> <li>• frische neurologische Ausfälle</li> <li>• Rumpfbeugekontraktur</li> </ul> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------|--|---|

oder

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| ⇒ frischer Unfall / Sportunfall | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomatik unter 7 Tage</li> <li>• noch kein anderer Orthopäde/ Unfallchirurg gesehen?</li> <li>• Hinken/Gehunfähigkeit</li> </ul> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---------------------------------|--|---|

oder

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| ⇒ Abklärung andere Verdachtsdiagnose |  |  |
|--------------------------------------|--|--|

Klartext: Fibromyalgie, Zweitmeinungsverfahren, chronische lumbale Schmerzsyndrome und fehlende Unterlagen für Anträge aller Art sind keine dringlichen Probleme.

|                       |
|-----------------------|
| • Symptomdauer        |
| • Alter des Patienten |

Bitte vorhandene Unterlagen mitgeben oder besser faxen!  
 MRT-Befunde, Röntgenbilder auf CD erleichtern viel.