



Faxanmeldung Stationäre Behandlung Klinik für Rheumatologie

Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
Zeisigwaldstraße 101
09130 Chemnitz
Tel.: 0371-430-1810
Fax: 0371-4301813

Telefon Patient: _____

Datum: _____

Patientendaten:

ANMELDUNG zur multimodalen rheumatologischen KOMPLEXTHERAPIE

Diagnose:

Als zuverlässige Assessmentparameter haben sich hier der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) und die Schmerzstärke auf der visuellen Analogskala (VAS) herausgestellt. Anzustreben wäre die Aufnahme von Patienten zur multimodalen rheumatologischen Komplextherapie ab einer Schmerzintensität von ≥ 4 auf der VAS von 0 bis 10 bzw. bei einer Funktionskapazität im FFbH schlechter als 80 %. Wir bitten darum, diese Faxanmeldung gemeinsam mit den **aktuell** ausgefüllten Bögen zuzusenden, **max. 3 Monate vor Wunschtermin.**

FFbH: _____ %

VAS: _____

Wunschtermin bei berufstätigen Patienten: _____

Unterschrift/Stempel (einweisender Arzt)

Wird von Klinik ausgefüllt!

stationäre Aufnahme am: _____