

[lk_vollstnr]		Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen und St. Antonius	 Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen und St. Antonius
DO-Nr.	1617	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie	
Version	002	Anfrage zur Patientenübernahme	
Seiten	Seite 1 von 1		

Anfrage einer Übernahme für folgende/n Patient/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____ Verlegung möglich ab: _____

Befund, der eine plastisch Chirurgische Übernahme erfordert:

(ggf. Fotos/ Röntgenbilder/Angio mitschicken):

Aktuelles Labor: Leukos: _____ Hb: _____ Krea/GFR: _____ CRP: _____

Vorerkrankungen:

- | | | | |
|--|-----------------------|-------------|----------|
| ☐ Art. Hypertonus | Nikotinabusus | Ja () | Nein () |
| ☐ VHF | Orale Antikoagulation | Ja () | Nein () |
| | Welche? _____ | | |
| ☐ KHK | Dialysepflicht | Ja () | Nein () |
| ☐ Z.n. STEMI/ NSTEMI | Immobilität | Ja () | Nein () |
| ☐ Z.n. Schlaganfall | Betreuer/in | Tel.: _____ | |
| ☐ Diabetes Mellitus | Häusliche Versorgung | _____ | |

Abstriche (Bitte vor Verlegung Befund mitteilen):

Datum Abstrich: _____	Nase/Rachen: MRSA	pos. ()	neg. ()
Datum Abstrich: _____	Wunde: MRSA, MRGN, VRE	pos. ()	neg. ()
Datum Abstrich: _____	Perianal: MRGN, VRE	pos. ()	neg. ()

Tel: 0221-3793-1041 Fax: 0221-3793-1849

E-Mail: plastische-chirurgie.kh-antonius@cellitinnen.de