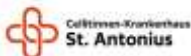


FB QM.126.27-0		Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius		
DO-Nr.	1617	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie		
Version	000	Anfrage zur Patientenübernahme		
Seiten	Seite 1 von 1			

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:

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

Abstriche (Bitte vor Verlegung Befund mitteilen):

Datum Abstrich: _____	Nase/Rachen: MRSA	Ja ()	Nein ()
Datum Abstrich: _____	Wunde: MRSA, MRGN, VRE	Ja ()	Nein ()
Datum Abstrich: _____	Perianal: MRGN, VRE	Ja ()	Nein ()

Tel: 0221-3793-1041 Fax: 0221-3793-1849 E-Mail: plastische.chirurgie@antonius-koeln.de