

Anfrage zur stationären Übernahme

Bitte senden an:

Fax: 02822 73-1108

Email: manuela.ertl@prohomine.de

1. Anfragende Klinik: _____

Ansprechpartner mit Telefonnummer: _____

2. Angaben Patientin/Patient:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich; stationär privat (Zusatzversicherung); privat

3. Diagnose / Grund der Anfrage für eine stationäre Verlegung:

(kurze Erläuterung der Problematik, betroffene Extremität, aktuelle Mobilität, evtl. bekannte Tumorvorge-schichte)

4. Befunde / Staging (Bildgebung bitte via xpipe.ukmuenster.de online übermitteln):

5. Labor, Mikrobiologie, Histologie Befunde

6. Nebendiagnosen:

7. Aktuelle Medikation:

8. Vorhandene Abstriche: (Ergebnisse müssen vor Übernahme vorliegen und gefaxt worden sein)

MRSA Nase/Rachen: positiv; negativ; Datum: _____; nicht vorhanden

VRE Analabstrich: positiv; negativ; Datum: _____; nicht vorhanden

Covid-19 positiv; negativ; Datum: _____; nicht vorhanden

9. Dolmetscher notwendig: nein; ja: Sprache _____

10. Demenz: ja; nein, behandlungsbedürftig: ja; nein

Patient / Patientin ist aufklärungsfähig: ja; nein

Wenn **nein** zutreffend: Betreuungsvollmacht durch (Name, Vorname, Telefonnummer):

11. Pflegeaufwand: (aktuelle Mobilität, Körperpflege, Essen, Besonderheiten)

Datum:

Unterschrift mit Klinikstempel:

Name des Unterzeichners:
