von (Stempel Überweiser bitte mit FAX und TEL)

für einen **operativen Eingriff** und/oder **konservativ stationäre Einweisung**

Fax Nr. 0251 83 58963

Tel. Nr. 0251 83 58956 oder 58608
Email: cm-dermatologie@ukmuenster.de

Datum:_____

Name des Patienten	
Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenversicherung	
Telefon	
Email	
Verdachts-Diagnose:	□ Patient wurde bereits über Diagnose/Histologie informiert

☐ **Anmeldung OP**
Lokalisation/Größe:
Besonderheiten (z.B. Antikoagulation, Nebenerkrankungen):
Histologie: □ falls ja, bitte mit faxen □ nein
OP Sprechstunden Termin vorab: □ ja □ nein Rücksprache mit OP Arzt erwünscht: □ ja □ nein
gewünschte Anästhesie Art: □ LA □ ITN
Dringlichkeitsstufe: □ innerhalb 1-2 Wochen □ innerhalb 2-4 Wochen □ keine Vorgabe

☐ **Konservativ stationäre Einweisung**
Bemerkungen/Wünsche:
Dringlichkeitsstufe: □ akut (innerhalb 48 Stunden) □ eilig (innerhalb 2 Wochen) □ nicht eilig (innerhalb 8 Wochen)

Infektionsstatus:	□ MRSA	□ Hep/HIV	□ Andere:
Allgemeine Angaben:	□ Betreuung	□ pflegebedürftig/bettlägerig	□ Rollstuhl

Wird vom UKM ausgefüllt und Ihnen zurück gefaxt (bitte Ihre FAX-Nr. oben links angeben):

Termin:_____ □ bereits mit dem Patienten abgestimmt