

Klinik für Allgemeine Orthopädie und
Tumororthopädie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Gosheger

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
Anfahrtsadresse: Albert-Schweitzer-Str. 33
48149 Münster
www.ukm.de

Casemanagement

Klinik für Allgemeine Orthopädie und
Tumororthopädie

T +49 251 83-44203

F +49 251 83-44230

Anfrage zur stationären Übernahme

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

um einen reibungslosen Ablauf einer möglichen stationären Verlegung in die Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie zu gewährleisten, bitten wir Sie darum den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und unterschrieben per Fax an unser Casemanagement zu senden (Fax: 0251-8344230). Ihre Anfrage wird hiernach zeitnah bearbeitet. In dringlichen Notfällen nehmen Sie bitte über die Service-Zentrale des Universitätsklinikums Münster Kontakt mit unserem diensthabenden Arzt auf.

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 Tumorvorgeschichte)

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

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:
