

Konsil Anforderungsformular – Urologische Abteilung Franziskus-Krankenhaus Berlin

Patientendaten/Falldaten

Vorname		
Name		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Fremdsprachigkeit	<input type="checkbox"/> englisch	<input type="checkbox"/> andere Sprache (nur mit Dolmetscher)
Versichertenstatus	<input type="checkbox"/> GKV	<input type="checkbox"/> PKV
Chefarzt Behandlung (nur bei unterschriebenem Wahleistungsvertrag)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Behandelnder Facharzt/Vertreter

Krankenhaus	
Name	
Telefonnummer (Erreichbarkeit muss gewährleistet sein)	
E-Mail-Adresse	

Klinische Daten

Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> Elektiv
Wunschtermin		
Explizite Fragestellung		
Relevante Grunderkrankungen		
Relevante Befunde	bitte mitsenden (insb. radiologische Befunde auf DVD)	
Infektiosität	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Clostridien Toxin pos.
	<input type="checkbox"/> 4MRGN	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
Aktuelle Blutwerte (Blutbild, Krea, HST, GFR, Urinstatus, Gerinnung)	bitte mitsenden	
Überwachungspflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
O2-pflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mobilitätsstatus	<input type="checkbox"/> Gehfähig	<input type="checkbox"/> Sitzend
Venöser Zugang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orientierung		

* grau hinterlegte Felder sind optional