

VON (Stempel Überweiser bitte mit FAX und TEL)

**für eine/n 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 Patient*in	
Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenversicherung	
Telefon	
Email	
Verdachts-Diagnose:	☐ Patient*in 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 der/dem Patient*in abgestimmt

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite 1 von 1
Schlarb, Dominik	Warnking, Katharina am 28.08.2023 (formal) Weishaupt, Carsten, Prof. am 28.08.2023 (inhaltlich)	Steinbrink, Univ.-Prof. K am 28.08.2023	