

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](mailto:cm-dermatologie@ukmuenster.de)

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Patienten	
Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenversicherung	
Telefon	
Email	
Verdachts-Diagnose:	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Hep/HIV	<input type="checkbox"/> Andere:
Allgemeine Angaben:	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> pflegebedürftig/bettlägerig	<input type="checkbox"/> Rollstuhl

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

Termin: \_\_\_\_\_     bereits mit dem Patienten abgestimmt

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite
Schlarb, Dominik	Warnking, Katharina am 27.06.2018 (formal) Schlarb, Dr. Dominik am 27.06.2018 (inhaltlich)	Luger, Univ.-Prof. Dr. am 27.06.2018	1 von 1