

Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Kliniken für Innere Medizin

Bitte ankreuzen

- Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Innere Medizin
- Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Geriatrie
zusätzlich inklusive Barthel-Index
- Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Gastroenterologie
- Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Kardiologie

UKM Marienhospital GmbH
 Akademisches Lehrkrankenhaus
 der Universität Münster

Klinik für Innere Medizin und Angiologie
 Chefarzt
 Dr. med. Bernd Krabbe
Klinik für Gastroenterologie
 Chefärzte
 Dr. med. Klaus Waltermann
 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Tobias Nowacki
Klinik für Kardiologie
 Leitender Arzt
 Dr. med. Remco Schurer
**Klinik für Akutgeriatrie und
Frührehabilitation**
 Leitender Arzt
 Christoph J. Konermann

Datum der Anfrage _____

 Mauritiusstr. 5
 48565 Steinfurt
 Tel.: 02552 790

Name und Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Anfragende Fachklinik/Station _____

Ansprechpartner/Arzt _____

Case Management der anfragenden Klinik Telefon: _____

 Patient*in/Angehörige sind über Verlegungsanfrage informiert? ja nein einverstanden nicht einverstanden

Gewünschtes Verlegungsdatum in das UKM Marienhospital _____

Diagnosen _____

Verlegungsindikation für die weitere internistische Behandlung _____

 Bildgebung im Traumanetzwerk (UKM) ja nein keine Bildgebung vorhanden

 Bildgebung wird über Westdeutschen Teleradiologieverbund beigelegt (externe Klinik) ja nein keine Bildgebung vorhanden

 Bildgebung wird bei Verlegung als CD beigelegt ja nein keine Bildgebung vorhanden

 Infektionsstatus, wenn bekannt **Covid 19** pos. neg. **MRSA** pos. neg.

VRE pos. neg. **MRGN** pos. neg. ___-fach Befunde werden gefaxt

Sonstige bekannte isolationspflichtige Infektionen _____

 Versichertenstatus gesetzlich privat

 Mobilität ja nein

Pflegegrad _____

 Bekannte Demenz ja nein Akutes Delir ja nein

 Sozialdienst anfragende Klinik bereits involviert ja nein

Ansprechperson im Sozialdienst _____

 Gesetzliche Betreuung ja nein Kontaktperson/Betreuer*in _____

 Häusliche Versorgung bislang selbstständig zuhause zuhause mit Pflege stationäre Pflegeeinrichtung _____

Bitte ausgefüllt und mit aktuellem Arztbrief an Fax: 02552- 791152
Ihr CASE MANAGEMENT am UKM Marienhospital: Tel.: 02552-795003
Mail.: <mailto:casemanagement@ukm-mhs.de>