ST. FRANZISKUS-HOSPITAL MÜNSTER

Anmeldung zur stationären Aufnahme:

☐ **Diabetische Fußstation**

☐ **Diabetes-Stoffwechselstation**

Praxis/Krankenhaus (Stempel)

Per Fax: 0251-935-4065

Angaben zum Patienten:

Name:		
Vorname:		Geburtsdatum:
PLZ:	Ort:	Strasse:
Tel.nr.:		

Wahlleistung: ☐Chefarztbehandlung ☐1-Bett-Zimmer ☐2-Bett-Zimmer

Medizinische Dringlichkeit: ☐normal ☐Hoch ☐NOTFALL (ZNA)

Behandlungsanlass:

Zusätzliche Angaben

Infektiös:	nein	ja	Keim:	O2-pflichtig:	nein	ja
Antikoagulation:	nein	ja	Wenn ja, Präparate:			
Betreuer/in:	nein	ja	Name+Tel.:			
Schrittmacher	ja	nein				

Bitte Arztbrief + relevante Befunde und Medikamentenplan beifügen!

Durch das Krankenhaus auszufüllen:

Geplante Diagnostik

☐MRT Fuß ☐Röntgen Fuß ☐CT Angio ☐MR Angio ☐Duplex ☐ Angio

☒KORT Konsil ☐GCH Konsil