

Verlegungsanfrage an UKM MHS – Klinik für Innere Medizin

UKM Marienhospital Steinfurt GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

Klinik für Innere Medizin und Angiologie
Chefarzt

Dr. med. Bernd Krabbe

Klinik für Innere Medizin/ Gastroenterologie
Chefärzte

Dr. med. Klaus Waltermann

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Tobias Nowacki
Klinik für Innere Medizin/Kardiologie
Chefarzt

Prof. Dr. med. Matthias Paul

**Klinik für Innere Medizin/
Akutgeriatrie und Frührehabilitation**
Leitender Arzt

Christoph J. Konermann

Mauritiusstr. 5
48565 Steinfurt
Tel.: 02552 790

Bitte ankreuzen

Verlegungsanfrage an UKM MHS – Innere Medizin

Verlegungsanfrage an UKM MHS – Geriatrie
Zusätzlich inklusive Barthel-Index

Datum der Anfrage _____

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 MHS _____

Diagnosen _____

Verlegungsindikation für die weitere internistische Behandlung _____

Bildgebung im Traumanetzwerk (UKM) ja nein keine Bildgebung vorhanden

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

Bildgebung wird bei Verlegung als CD beigefügt 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-MHS: Tel.: 02552-795003 Mail.: <mailto:casemanagement@ukm-mhs.de>