

## Konsilanfrage an die Thoraxklinik

nach dem Ausfüllen bitte  
ausdrucken und per Fax an:  
**06221/396-1802**

Datum der Anfrage

### Patientendaten

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

### Ansprechpartner

Name, Vorname

Klinik

Rückrufnummer

(ohne Angabe kann leider keine Bearbeitung stattfinden)

Faxnummer

Übernahme erwünscht?

ggf. Mailadresse

Ja

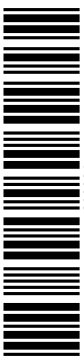
Nein

ggf. weitere Ansprechpartner

### medizinische Angaben

1) Fragestellung

Verdachtsdiagnose



Seite 2 zur Konsilanfrage

, geb. am

2) Sachverhalt

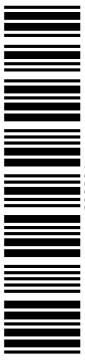
(bitte schildern Sie **kurz, aber umfassend** den Verlauf)

3) Wichtige weitere Diagnosen

VO-AeD-0500/2\_3/2.0/Stand 06\_2020

Laborparameter im Verlauf

(sofern für die Fragestellung relevant)



Multiresistente Keime?

MRSA:	positiv	negativ
Abstrichdatum:		
VRE:	positiv	negativ
Abstrichdatum:		
MRGN:	positiv	negativ
Abstrichdatum:		
SARS-CoV-2:	positiv	negativ
Abstrichdatum:		

Anlagen

- Labor
- CT-Befund
- sonstige Befunde

VO-AeD-0500/3\_3/2.0/Stand 06\_2020

