

Konsilanfrage an die Thoraxklinik

für telefonische Nachfragen → 06221/396-1717

Bei dringlichen Intensiv- oder ARDS-/ECMO-Anfragen → 06221/396-4447

ohne vollständige Angabe kann keine Bearbeitung stattfinden

Datum der Anfrage

nach dem Ausfüllen bitte
ausdrucken und per Fax an:
06221/396-1282

Patientendaten

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Versichertenstatus

Name Krankenversicherung

Angabe Versichertennummer

Ansprechpartner

Name, Vorname

Klinik

Rückrufnummer

(ohne Angabe kann leider keine Bearbeitung stattfinden)

Faxnummer

(ohne Angabe kann leider keine Bearbeitung stattfinden)

Übernahme erwünscht?

☐ Ja

☐ Nein

ggf. Mailadresse

ggf. weitere Ansprechpartner

Um Ihr Anliegen schnellstmöglich und gezielt beantworten zu können, treffen Sie eine Entscheidung, an wen sich vordergründig Ihr Anliegen richtet. Wenn Sie sich unsicher sind, so kreuzen Sie das Feld an, dass Ihrem Anliegen am nächsten kommt.

Vermeiden Sie aber Mehrfachauswahlen.

Chirurgische Anfrage

Pneumothorax, Pleuraerguss,
Pleuraempyem, Hemothorax,
thorakale Verletzungen,
sonstige thoraxchirurgische
Anfragen
Metastasen Chirurgie
Thoraxchirurgisches Statement
zwecks Resektabilität
pulmonaler Befunde
Übernahmeanfrage Chirurgie



Pneumologische Anfrage

Pneumonien, unklare
Lungeninfiltrate,-veränderungen
(außer dringendem
Malignomverdacht)
COPD, Emphysem, Asthma, ILD,
Bronchiektasen, Mukoviszidose,
Tbc
Lungenrundherd
Anfrage zur Bronchoskopie
Übernahmeanfrage Pneumologie



Onkologische Anfrage

Dringender Malignomverdacht
Lunge/Thorax
Gesichertes Malignom
Übernahmeanfrage Onkologie
Biospsiewunsch z.B Master



medizinische Angaben

Fragestellung

Verdachtsdiagnose

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:

Seite 3 zur Konsilanfrage

, geb. am

Anlagen

- ☐ Labor
- ☐ CT-Befund (wichtig!!)
- ☐ Bilder in PACS hochgeladen
- ☐ schriftlicher Befund
- ☐ letzter Arztbrief
- ☐ sonstige Befunde

2227/3_3/009/06.2026/16.06.2028



**Bitte beachten Sie,
dass alle 3 Seiten übermittelt werden müssen**