

Konsilanfrage an die Thoraxklinik
ohne vollständige Angabe kann leider
keine Bearbeitung stattfinden

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

Datum der Anfrage

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ansprechpartner

Name, Vorname

Klinik

Rückrufnummer

(ohne Angabe kann leider keine Bearbeitung stattfinden)

Faxnummer

ggf. Mailadresse

ggf. weitere Ansprechpartner

Übernahme erwünscht?

Ja

Nein

folgende Zuordnung ist uns wichtig, um Ihr Anliegen zügig und kompetent
bearbeiten zu können (bitte richten Sie im Falle von intensivpflichtigen Patienten Ihre Anfrage direkt
an die zuständige Einheit (s. Formular Intensivübernahme/Weaninganfrage)

V.a. oder gesicherter thorakaler Tumor/Lungenmetastasen extrathorakaler Tumore (AINST)

Asthma (AASTHMA)

COPD/Lungenemphysem (ACOPD)

V.a. oder gesicherte interstitielle Lungenerkrankung/Fibrose (AILD)

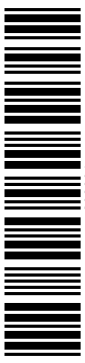
Pleuraerguss/Pleuraempyem, Pneumothorax, Hämorthorax/Frakturen Rippen/Sternum (AINST)

V.a. oder gesicherte TBC/NTM-Erkrankung (ATBC)

Brochiektasie/Mukoviszidose (AMUC)

pulmonale Hypertonie (AHYP)

sonstige allgemein-pneumologische Fragestellungen (AINST)



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:

VO-AeD-0500/2_3/3.0/Stand 07_2021



Seite 3 zur Konsilanfrage

, geb. am

Anlagen

- Labor

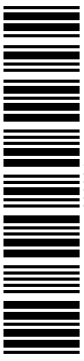
- CT-Befund (wichtig!!)
 - Bilder in PACS hochgeladen

 - schriftlicher Befund

- sonstige Befunde

VO-AeD-0500/3_3/3.0/Stand 07_2021

Externe Dokumente - Briefe



302001