


St. Bernward  Krankenhaus	<b>Patientenanmeldung per Fax Endoprothetikzentrum</b>	Revision: 0 Gültig ab: 17.04.2014
<b>UCH/ORTH / MA</b>	<b>Dok.-Nr. : UCH/ORTH-F-39</b>	Seite 1 von 1

**An Fax- Nummer: 05121 90 -1244  
Leitstelle C2**

**Folgende/r Patient/In soll im EndoProthetikZentrum der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgestellt werden:**

<b>Patientendaten:</b>			<b>Terminwunsch/ Dringlichkeit:</b> (Notfälle über ZNA einweisen)
Name			<input type="checkbox"/> dringlich
Vorname			<input type="checkbox"/> elektiv
Geburtsdatum			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Telefon- Nummer			
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat	Chefarzt-Wahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt:	Facharzt:		

**Medizinische Daten:**

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Neben-  
diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund**

Indikation und OP-Terminierung zum Gelenkersatz

Nachuntersuchung/ Probleme nach Gelenkersatz

**Beschwerden des Patienten**

Antikoagulation     Marcumar     ASS/ Clopidogrel     \_\_\_\_\_ (Sonstige)

aktuelle Röntgenbilder vorhanden     Vorbefunde werden gefaxt     Voraufenthalt BK \_\_\_\_\_

CT/ MRT vorhanden     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Spezifische Telefonnummer für Rückruf:  
\_\_\_\_\_

Praxisstempel mit Telefon- Nr.  
(für internen Gebrauch: Anrufer)