

Gefäß- & Thoraxzentren Chemnitz

Patientendaten

Nachname: _____

Hausarzt: _____

Vorname: _____

Gefäßchirurgie ☐

Thoraxchirurgie ☐

Geb.-Datum: _____

Vorstationär ☐

Primär stationär ☐

E-Mail: _____

Anmeldedatum: _____

Wichtig! Telefonnummer Patient und Krankenkasse:

Terminvereinbarung / Rückfragen:

Tel.: 0371/333-44000 oder 44002
Fax: 0371/333-44001
tge-portal@skc.de

Indikation und relevante Informationen / Bemerkungen:

Besonderheiten:

MRSA: Ja ☐ Nein ☐

Chronische Wunden: Ja ☐ Nein ☐

Antikoagulation: Ja ☐ Nein ☐

Diabetes: Ja ☐ Nein ☐

Mobilität: Gehend ☐ Rollstuhl ☐

Welche? _____

Kontextfaktoren:

Niereninsuffizienz: GFR < 60 Ja ☐ Nein ☐

Dialyse: Ja ☐ Nein ☐
☐ Pflegegrad 4 od. 5 ☐ alleinlebend ☐ laufende Krebstherapie: _____

☐ GdB > 50% ☐ kogn. od. mot. Einschr. _____

Vorhandene Diagnostik: (Befunde zusenden)

☐ Angio-CT ☐ MRA
☐ Duplex ☐ CT

Praxisstempel:

Erforderliche Diagnostik (wird intern ausgefüllt)

☐ Angio-CT ☐ MRA
☐ Duplex ☐ CT
☐ Echo ☐ Sonstiges: _____

Vorgehen:
Wir bitten um einen Einweisungsschein. Der Termin wird dem Patienten mitgeteilt.