

## 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.