

# Konsil / Überweisungsschein für fachärztliche Untersuchung

Fachabteilung:  UCHI  HPRS  NE CH

Klärung der Diagnose (nur bei BG-Patienten)

Mitbehandlung

Auftraggebende Klinik: \_\_\_\_\_

Telefonische Rückfragen unter: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fotodokumentation

Abstrich (e) / Lokalisation:

Keimnachweis:

Isolationspflichtig: Ja  / Nein

Behandlung auf Intensivstation: Ja  / Nein  (letzten 12 Monate)

Dekubitus – Risiko vorhanden

Dekubitus vorhanden und Lokalisation: \_\_\_\_\_

Epikrise: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Erbetene Untersuchung und Fragestellung: \_\_\_\_\_

Ludwigshafen, den \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

**Befundbericht:**

**Kontakt:**

**Fax:**

0621/6810 - 2901

**Tel:**

UCHI / NE CH - 8811

HPRS - 8911

Bitte hier Patientendaten  
Barcode aufkleben

Ludwigshafen, den \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Dateiname: Konsilanforderung	Erstellt von: Kautz Oliver	Leiter klinisches Prozessmanagement	
Stand: 09.05.2025 Version 1.1	Freigabe durch: Armbruster Jonas	Referent ärztlicher Direktor	Seite: 1 von 1