

Dieses Dokument ist gültig für die Bereiche Ambulanz Innere Med III + ICT, HAEZ, GZR

<p>Patient/Geburtsdatum/Anschrift:</p> <p>am UKR bekannt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Patient hat für Zweitmeinungsanfrage (inkl. Dokumenteneinsicht) eingewilligt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zuweiser Arzt/ Praxis/Krankenhaus/andere: (Bitte Praxisstempel oder Adresse in Klarschrift)</p> <p><input type="checkbox"/> IONK <input type="checkbox"/> HAEMAT <input type="checkbox"/> KMT <input type="checkbox"/> GERIN</p>	
<p>Diagnose(n):</p> <p>Relevante Nebendiagnose(n):</p>		
<p>Allgemeinzustand (WHO/ECOG-Status) zum aktuellen Zeitpunkt</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Normale körperliche Aktivität wie vor der Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen möglich</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Nur bedingt Selbstversorgung möglich, ist zu 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden</p>		
<p>Fragestellung:</p> 		
<p>Empfehlung:</p> 		
Datum	Name	Unterschrift