



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:  
Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie**

**Per Fax: 05221 94 21 20**

Es erfolgt die telefonische Rückmeldung zur konkreten Aufnahmeplanung durch das Sekretariat.

**Angaben zum Patienten**

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Strasse, Nr.

Telefonnummer

Unterschrift\*

Wahlleistung

Chefarztbehandlung

1-Bett-Zimmer

Komfortstation

2-Bett-Zimmer

**Zusätzliche Kontaktperson**

Name

Vorname

Telefonnummer

Unterschrift\*

**Universitätsklinik für  
Allgemein- und Viszeralchirurgie,  
Thoraxchirurgie und Proktologie**

Direktor

**Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Krieg**

**STATIONEN**

Stationäre Aufnahme

Tel. 94 22 61 (6A)

Fax 94 29 22 61

Tel. 94 23 61 (6B)

Fax 94 29 23 61

Befundanforderung

Tel. 94 22 69

Fax 94 29 22 69

sek3.chirurgie@klinikum-herford.de

**5A Viszeral- / Thoraxchirurgie**

Tel. 94 16 51

Fax 94 29 22 51

**6A Viszeral- / Thoraxchirurgie**

Tel. 94 22 61

Fax 94 29 22 61

**6B Allgemein- / Viszeralchirurgie /  
Proktologie**

Tel. 94 23 61

Fax 94 29 23 61

**9A Komfortebene**

Tel. 94 22 91

Fax 94 29 22 91

Medizinische

Dringlichkeit: normal

hoch

Notfälle: Vorstellung ZNA!

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnosen:**

**Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:**

**Zusätzliche Angaben**

Infektiös: nein  ja , wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja  negativ:

O<sub>2</sub>-pflichtig: nein  ja

Kognitive Einschränkung: nein  mittel  schwer

Antikoagulation: nein  ja , welche

**Hinweis:** Bitte Röntgen-/MRT-CDs, aktuelles Labor, Vorbefunde und Bundesmedikationsplan mitgeben

**Niedergelassener Zuweiser**

Stempel (inkl. LANR)/Unterschrift\*\*

**Vorbehandelndes Krankenhaus**

Stempel/Arzt (Direkte Durchwahl)/Unterschrift\*\*

\* Der Patient (Vertreter) erklärt sich mit der Datenübermittlung und Anmeldung per Faxübermittlung einverstanden.

\*\* Eine verbindliche Bearbeitung kann nur bei eindeutiger Authentifizierung des Veranlassers stattfinden.