



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**  
**Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**

**Per Fax: 05221 94 25 42**

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\*

**Klinik für Kinder- und  
Jugendmedizin**

Chefarzt

**Dr. med. Walter Koch**

**STATIONEN**

Stationäre Aufnahme

Befundanforderung

Tel. 94 17 16

Fax 94 25 42

cm-kinderklinik@klinikum-herford.de

**K2A Säuglinge und Kleinkinder**

Tel. 94 25 64

**K2B Schulkinder und Jugendliche**

Tel. 94 25 62

**K3 Neonatologie und Pädiatrische  
Intensivmedizin**

Tel. 94 25 66

Medizinische

Dringlichkeit: normal

hoch

Notfälle: Vorstellung ZNA!

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnosen:**

**Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:**

**Zusätzliche Angaben**

Infektiös: nein  ja , wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja  negativ:

**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.