



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**

**Klinik für Hämatologie, Internistische Onkologie  und Palliativmedizin**

**Per Fax: 05221 94 22 62**

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   
Komfortstation   

1-Bett-Zimmer   
2-Bett-Zimmer

**Zusätzliche Kontaktperson**

Name

Vorname

Telefonnummer

Unterschrift\*

**Medizinische Klinik II**  
**Klinik für Hämatologie,**  
**Internistische Onkologie**  
**und Palliativmedizin**

**STATIONEN**

**Stationssekretariat**

Stationäre Aufnahme

Tel. 94 11 724

Fax 94 29 23 20

Befundanforderung

Tel. 94 24 30

Fax 94 22 62

**L1 Hämatologie / Onkologie**

Tel. 94 27 23

Fax 94 29 23 20

**L2 Palliativmedizin**

Tel. 94 17 24

Fax 94 29 27 24

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.