



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**

**Universitätsklinik für Urologie**

**Per Fax: 05221 94 21 93**

**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 Urologie**

Direktor

**Prof. Dr. med. Christian Meyer**

**STATIONEN**

Stationäre Aufnahme

Tel. 94 17 73

Fax 94 21 93

Befundanforderung

Tel. 94 24 51

Fax 94 21 50

sek2.urologie@klinikum-herford.de

**7A Urologie**

Tel. 94 22 71

**7B Urologie**

Tel. 94 23 71

**K2A Operative Kinderstation**

Tel. 94 25 64

**K2B Operative Kinderstation (ab 3 J.)**

Tel. 94 25 62

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.