



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**

**Klinik für Gastroenterologie**  **Diabetologie**

**Per Fax: 05221 94 21 74**

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\*

**Medizinische Klinik I**

**Klinik für Gastroenterologie,  
Diabetologie, Geriatrie,  
Infektiologie, Hämatologie und  
Internistische Onkologie**

Chefarzt

**Prof. Dr. med. Thorsten Pohle**

**1A Gastroenterologie / Allgemeine  
Innere Medizin**

Tel. 94 22 11

Fax 94 21 15

**1B Diabetologie / Infektiologie**

Tel. 94 23 11

Fax 94 21 15

**9B Komfortstation**

Tel. 94 23 91

Fax 94 29 23 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.