



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**

**Klinik für Frauenheilkunde ☐ und Geburtshilfe ☐**

**Per Fax: 05221 94 21 53**

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 Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe**

Chefärztin

**Dr. med. Ioana-Dominique Moise**

**STATIONEN**

Stationäre Aufnahme

Tel. 94 23 53

Fax 94 21 53

Befundanforderungen

Tel. 94 23 53

Fax 94 21 53

**G1 Wochenstation**

Tel. 94 27 11

Fax 94 21 53

**G2 Entbindungsstation Kreißsaal**

Tel. 94 27 12

Fax 94 21 59

**7B** Tel. 94 17 71

Fax 94 21 53

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.