



**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.