

Anmeldung zur stationären Aufnahme:

Klinik für Gefäßchirurgie

Per Fax: 05221 94 29 22 28

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 Gefäßchirurgie

Chefarzt

Dr. med. Kristian Nitschmann

STATIONEN

Stationäre Aufnahme

Tel. 94 22 28

Fax 94 29 22 28

Befundanforderung

Tel. 94 11 556

Fax 94 29 22 28

6A Gefäßchirurgie

Tel. 94 22 61

Fax 94 29 22 61

9A Komfortstation

Tel. 94 22 91

Fax 94 29 22 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: ☐

O₂-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.