

Anmeldung zur stationären Aufnahme:

Klinik für Strahlentherapie

Per Fax: 05221 94 21 77

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 Strahlentherapie

Chefarzt

Robert Brauer

STATIONEN

Stationäre Aufnahme

Befundanforderung

Tel. 94 27 85

Fax 94 21 77

2B Strahlentherapie

Tel. 94 23 21

Fax 94 29 23 20

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.