



Anmeldung zur stationären Aufnahme:

Klinik für Gastroenterologie Diabetologie

Infektiologie

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
Dringlichkeit: normal
hoch
Notfälle: Vorstellung ZNA!

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:

Zusätzliche Angaben

Infektiös: nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , wegen	Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja <input type="checkbox"/> negativ: <input type="checkbox"/>
O2-pflichtig: nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Kognitive Einschränkung: nein <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/> Antikoagulation: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , 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.