

**Anmeldung zur stationären Aufnahme:
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**

Per Fax: 05221 94 25 42

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 Kinder- und
Jugendmedizin**

Chefarzt

Christoph Klinkenberg

STATIONEN

Stationäre Aufnahme

Befundanforderung

Tel. 94 17 16

Fax 94 25 42

cm-kinderklinik@klinikum-herford.de

K2A Säuglinge und Kleinkinder

Tel. 94 25 64

K2B Schulkinder und Jugendliche

Tel. 94 25 62

**K3 Neonatologie und Pädiatrische
Intensivmedizin**

Tel. 94 25 66

Medizinische

Dringlichkeit: normal ☐

hoch ☐

Notfälle: Vorstellung ZNA!

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:

Zusätzliche Angaben

Infektiös: nein ☐

ja ☐, wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja ☐

negativ: ☐

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.