



Anmeldung zur stationären Aufnahme:

**Klinik für Gastroenterologie , Pneumologie ,
Diabetologie**

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 Klinik I
Klinik für Gastroenterologie,
Pneumologie, Diabetologie
und Geriatrie**

Chefarzt

Prof. Dr. med. Thorsten Pohle

**1A Gastroenterologie / Allgemeine
Innere Medizin**

Tel. 94 22 11 Fax 94 21 15

1B Pneumologie / Infektiologie

Tel. 94 23 11 Fax 94 21 15

**4A Diabetologie / Allgemeine
Innere Medizin**

Tel. 94 22 41 Fax 94 29 22 40

9B Komfortstation

Tel. 94 23 91 Fax 94 29 23 91

8B Geriatrie

Tel. 94 23 81 Fax 94 29 27 25

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.