



## Anmeldung zur stationären Aufnahme:

### Klinik für Gefäßchirurgie

**Per Fax: 05221 94 19 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 19 22 28

Befundanforderung

Tel. 94 11 556

Fax 94 29 22 51

**5A Gefäßchirurgie**

Tel. 94 25 62

Fax 94 29 22 51

**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:

O<sub>2</sub>-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.