



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:
Schmerztherapie**

Per Fax: 05221 94 21 52

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 <input type="checkbox"/>
	Komfortstation <input type="checkbox"/>
	1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/>
	2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/>

Zusätzliche Kontaktperson

Name	Vorname
Telefonnummer	Unterschrift*

**Universitätsklinik
für Anästhesiologie,
operative Intensivmedizin,
Rettungsmedizin,
Schmerztherapie**

Direktor

Prof. Dr. med. Dietrich Henzler

STATIONEN

ITS1 Intensivtherapie	Tel. 94 24 84	Fax 94 21 85
ITS3 Intensivtherapie	Tel. 94 25 82	Fax 94 21 84
3B Schmerztherapie	Tel. 94 23 31	Fax 94 21 52

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"/>
O ₂ -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.