

Sehr geehrte Kollegen,

vielen Dank für die Terminanfrage in unserer Dysplasie Sprechstunde.

Patientin (bitte lesbar ausfüllen):

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

**Terminmanagement
Elektive Aufnahme**

Tel: 06021-32-4188

Fax: 06021-32-4141

E-Mail: ela@klinikum-ab-alz.de

Um die Patienten nach Dringlichkeit passend zu terminieren, bitte folgendes beachten:

Die zytologischen Befunde der unten aufgeführten Abstriche müssen zwingend mit diesem Anmeldeformular gefaxt werden, sonst ist keine Terminvergabe möglich.

Aktueller PAP Abstrich: _____

Aktueller HPV Abstrich + Typ: _____

Untersuchungsdatum: _____ (Wichtig: nicht älter als 3 Monate)

2 vorherige PAP Abstriche:

1. _____ Untersuchungsdatum: _____

2. _____ Untersuchungsdatum: _____

Falls vorhanden weitere HPV Abstriche: _____ Untersuchungsdatum: _____

Antikoagulation: nein ja, welches: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Termin: Am: _____ Um: _____
--

WICHTIG:

Bitte geben Sie Ihren Patienten eine Überweisung mit.

Anmeldung erfolgt über die orangene Theke im

Haupthaus (mit ÜW + Gesundheitskarte)

Die Patientin wurde über den Termin von uns informiert ja nein