

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 histologischen 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:

Untersuchungsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Falls vorhanden weitere HPV Abstriche:

Untersuchungsdatum: _____

Wir werden uns, sobald uns alle Befunde vorliegen, telefonisch mit der Patientin zur Terminvergabe in Verbindung setzen.

Vielen Dank!

<h2 style="margin: 0;">Termin:</h2> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>Am: _____</p> <p>Um: _____</p>
--

WICHTIG:

Bitte geben Sie Ihren Patienten eine Überweisung mit.

Anmeldung erfolgt über die orangene Theke im

Haupthaus (mit ÜW + Gesundheitskarte)

Revisions-/ Prüfungs- und Änderungshistorie	Datum	Revision	Prüfung/Änderung/Stilllegung	Ausführende/r	Fachliche Prüfung	Dr. C. Opitz
	11.03.2021	01	Erstellung	Dr. C. Opitz	Freigabe	Prof. Dr. M. Schrauder
Datei	Dysplasie Terminanfrage_1					