

**Prof. Dr. med. M. Schrauder**  
Chefarzt der Frauenklinik  
Klinikum Aschaffenburg, Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg

Fax: 06021 32-4141  
E-Mail: ela@klinikum-ab-alz.de



## Anmeldeformular für Patient\*innen zur elektiven Aufnahme /Untersuchung /OP

### Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)

Tel.-Nr.:  
Fax-Nr.:  
Rückruf an:

**Frauenklinik**

**Aufnahmekoordination  
Medizinisch Elektive Aufnahme**

Mo – Do 08:30 – 12:00 Uhr  
13:00 – 15:30 Uhr  
Freitags 08:30 – 13:00 Uhr

### Patientendaten:

Name:  
Geb.-Datum:  
Adresse:  
Telefon:  
Versicherung:

Tel: 06021/32 4188  
06021/32 4187

Fax: 06021/32 4141  
E-Mail: ela@klinikum-ab-alz.de

Privatversichert:  nein  ja  nur stationär

**Diagnose / Fragestellung:** \_\_\_\_\_

- Bitte relevante Befunde mitsenden -

**Geplanter Eingriff:** \_\_\_\_\_

### Benötigte Dokumente:

- Krankenhauseinweisung / Überweisung
- Aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan (QR Code) falls Hausmedikation vorhanden
- Relevante Vorbefunde
- CD falls radiologische Bildgebung vorhanden

(der folgende Teil wird vom Klinikum ausgefüllt)

**Die/der Patient\*in wurde über die nachfolgende Terminierung informiert** ja  nein

**Ambulante Operation/Maßnahme (gem. §115b) → bitte mit Überweisung**

**Stationäre Maßnahme → bitte mit Krankenhauseinweisung**

### Präoperative Aufnahmesprechstunde:

Am: \_\_\_\_\_ in der Gynäkologischen Ambulanz, Ebene 01, um: \_\_\_\_\_ Uhr

**Bitte melden Sie sich ca. 30 Minuten vor dem geplanten Termin auf der Ebene 0, bei der Administrativen Patientenaufnahme (Orange Theke) an.**

**Sollte der Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um Absage bei der Aufnahmekoordination (Tel.-Nr. siehe oben).**

Gefaxt/gesendet am \_\_\_\_\_ Bearbeiter im Klinikum \_\_\_\_\_