\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Protokoll zur Anmeldung von Patienten zur elektiven Aufnahme / Untersuchung**

**Klinik für Gynäkologie**

**Aufnahmekoordination**

**Medizinisch Elektive Aufnahme**

Mo – Do 08:30 – 12:00 Uhr

13:00 – 15:30 Uhr

Freitags 08:30 – 13:00 Uhr

Tel: 06021/32 4188

06021/32 4187

Fax: 06021/32 4141

Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Rückruf an:

Entwurf für Fax

**Patientendaten:**

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon:

Versicherung:

**Privatversichert: ❒ nein ❒ ja ❒ nur stationär**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Bitte relevante Befunde mitsenden -

**Geplante Untersuchung**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terminwunsch**

O prästationäre Aufnahmesprechstunde O Brustzentrum O Dysplasiesprechstunde O Endometriosesprechstunde

von der Klinik auszufüllen vom Einweiser auszufüllen

**Zeitfenster für die Aufnahme: ab** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die Patientin/der Patient wurde über die nachfolgende Terminierung informiert** ❒

|  |
| --- |
| ❒ **Ambulante Operation/Maßnahme (gem. §115b) 🡪 bitte mit Überweisung**  ❒ **stationäre Maßnahme 🡪 bitte mit Einweisung**  Begründung für stationäre Durchführung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ambulante Vorbereitung/ prästationäre Sprechstunde**  am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in der Elektivaufnahme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ um:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr  Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme. |
| **Termin Sprechstunde**  am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - um:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr ❒ Brustzentrum  ❒ Dysplasie  ❒ Endometriose  Bitte ❒ Überweisung ❒ Einweisung mitbringen  Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme |

**Zum Vorbereitungstermin unbedingt relevante Vorbefunde mitgeben.**

**Falls der Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden kann, bitte zeitnah in der Aufnahmekoordination absagen.**

Gefaxt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bearbeiter im Klinikum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_