

Protokoll zur Anmeldung von Patienten zur elektiven Aufnahme / Untersuchung

Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)
Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:
Rückruf an:

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

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

Privatversichert: nein ja nur stationär

Diagnose / Fragestellung: _____

- Bitte relevante Befunde mitsenden -

Geplante Untersuchung: _____
Terminwunsch

- prästationäre Aufnahmesprechstunde Brustzentrum
- Endometriosesprechstunde

Zeitfenster für die Aufnahme: ab _____

vom Einweiser auszufüllen

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
 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 _____

von der Klinik auszufüllen