

Anforderungsbogen stationäre Operation

Termine unter: Telefon: 0561/980 4171

Bitte den ausgefüllten Bogen per Fax an: 0561/980 6893

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Telefon/Mobil:			
Gesetzlich betreut:			
Krankenversicherung:	Gesetzlich:		
	Privat:	1-Bett:	2-Bett:
Blutverdünner:			
Resistente Keime/ aktueller Urikult			
Allergien			
Liegende Katheter:			
Bemerkung: (körperl. Einschränkung, liegend Aufnahme, Dolmetscher erforderlich, etc.)			
Einweisender Arzt:		Telefon Arzt:	
Diagnose:			
Geplante Operation:			
Sprechstundentermin vorab?	Ja:	Nein:	
Wer soll kontaktiert werden?	Praxis:	Patient:	

Bitte relevante Befunde beifügen!