

Anmeldung Stomaberatung

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Stomaart:

- Ileostomie
 Colostomie
 Urostomie
 Andere

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt

(Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Operation

(bitte mit Datum und Name des Operateurs):

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten bei Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Angaben vom Kostenträger auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versichertenkarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Fragestellung / Bemerkungen:

Beilagen:

- Operationsbericht
 Verlaufsbericht

