

Anmeldeformular Frauenklinik

Terminwunsch / Dringlichkeit: _____

Patientendaten:

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

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
 (Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

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

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

Sprechstunde

Gynäkologie / Schwangerschaft

- Konsiliarische Beurteilung
- Schwangerschaftskontrolle
- Chorionzottenbiopsie / Amniocentese
- Jahreskontrolle
- Urogynäkologische Abklärung
- Kinderwunschsprechstunde
- _____

Ultraschall

- Schwangerschaft Gemini
- LP _____ ET _____ KT _____
- 1. Screening mit NT/ETT (11+3 – 13+3 SSW)
- 2. Screening (20–22 SSW)
- Wachstumskontrolle (30–32 SSW)
- Doppler-Ultraschall
- Gynäkologischer Ultraschall
- _____

Geburtenabteilung

- 75g-oGTT
- CTG
- Geburtsprocederebesprechung
- _____

Fortsetzung auf Seite 2 >

Patient: Name: _____ Vorname: _____

Hospitalisation / Operation

Diagnose
Operation / Einweisungsgrund
Nebendiagnosen / Risiken
Medikamente
Bemerkungen / Wünsche

Belegärzte

Operation/Betreuung durch mich

Assistenz Dr. _____

← zurück zu Seite 1