

Anmeldeformular Facharzt-Sprechstunden

Fax: 0761 270-30253

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Versicherungsstatus: (bitte ankreuzen) GKV PKV (Wahlarzt: nein ja)
 Stationäre Zusatzversicherung (Wahlarzt: nein ja)

Diagnose

Geplante Untersuchung / Auftrag

Erstvorstellung Kontrolle

Um eine Dringlichkeit zu definieren, benötigen wir ggf. ergänzend folgende Parameter:

▶ Bei **Hypermenorrhoe/Uterus myomatosus** Aktueller Hb: _____
 ▶ Bei **Ovarialzysten** Größe: _____ Binnenechos: _____ Tumormarker: _____

Fand bereits eine Diagnostik (operativ, bildgebend, etc.) diesbezüglich statt?

nein ja, bitte ankreuzen: CT MRT OP

Bitte unbedingt alle **relevanten Befunde**, vor allem OP-Berichte, Histologie, Arztbriefe, Radiologiebefunde mit CD und relevante Befunde zu Begleiterkrankungen vorab per Fax mitsenden, denn nur so ist eine adäquate Terminvergabe in die jeweilige Spezialsprechstunde möglich.

Jahr	Art der Operation	Wo

Wir bitten Sie die Anmeldung detailliert auszufüllen und uns vorab die Befunde zur Verfügung zu stellen, denn nur so kann eine optimale und reibungslose Planung auch in Bezug auf die Dringlichkeit erfolgen. Die Terminzuweisung erfolgt regelhaft per Brief an den/die Patient*in, in dringenderen Fällen telefonisch.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,
Ihr Team der Klinik für Frauenheilkunde