

## Patienten-Anmelde-Fax - Gynäkologie & Geburtshilfe

DIAK

<u>Patientendaten</u> (wird von Praxis ausgefüllt):	Datum: _____
Name: _____	
Geb.-Datum: _____	
Adresse: _____	
Telefon / Mobil: _____	(verlässlich erreichbar !)
Krankenkasse: _____	

### Gewünschte Sprechstunde (Fax-Nummer: 0421 – 6102-...):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brustsprechstunde (-2599)                                     | <input type="checkbox"/> Dysplasie-Sprechstunde, plastisch-rekonstr. |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie allgemein und<br>Gynäkologische Onkologie (-2599) | Brustchirurgie, Fälle mit besonderer<br>Komplexität, Privatpatienten |
| <input type="checkbox"/> Uro-Gyn. (Beckenboden/Inkontinenz; -2599)                     | - 1229 = Sekretariat Frauenklinik                                    |
| <input type="checkbox"/> Geburtsplanung (-2599)  |  |

- Termin gewünscht:**
- innerhalb der nächsten 7 Wochentage
  - innerhalb der nächsten 4 Wochen
  - innerhalb der nächsten 3 Monate

**Notfall?** **Bitte melden Sie sich in der Zentrale des DIAKO (Tel. 0421 6102-0) und lassen sich mit der/dem Diensthabenden verbinden.**

**Grund der Anmeldung / Diagnose:** \_\_\_\_\_

Vorbefunde mitgegeben: ja  nein

Rö-Diagnostik (CD, Bilder) mitgegeben: ja  nein

Medikamentenplan mitgegeben: ja  nein

ja  Bitte informieren SIE (DIAKO-Team) die/den Patientin/Patienten über den Termin + faxen ihn ebenso an uns zurück

nein  Wir möchten die/den Patientin/Patienten selbst über den Termin informieren

Pat. ist mit Faxversand ihrer/seiner Daten einverstanden: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Rückmeldung (wird vom DIAKO ausgefüllt)

Praxisstempel (wird von Praxis ausgefüllt)

Prästationärer Termin am:

Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

In: \_\_\_\_\_

