



# ANMELDUNG ZUR OPERATION

Name, Mädchenname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon Privat: .....

Strasse, Nummer: ..... TelefonGeschäft: .....

PLZ, Ort: ..... Natel: .....

Frühere Hospitalisation in der Frauenklinik:

.....  
.....

**Diagnose:**

.....  
.....  
.....

**Vorgesehene Operation /gewünschte Untersuchung**

.....  
.....  
.....

Präoperative Abklärungen:

<b>Labor</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden (beiliegend)	<b>Thorax</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden (beiliegend)
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<b>EKG</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden (beiliegend)	<b>Mammo- graphie</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden (beileigend)
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
		<b>CT/MRI</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden (beiliegend)
			<input type="checkbox"/> nicht vorhanden

**Gewünschter Eintrittstermin** .....

**Krankenkasse / Versicherung:**

Klasse:	<input type="checkbox"/> Privat	Eintritt:	<input type="checkbox"/> stationär
	<input type="checkbox"/> Halbprivat		<input type="checkbox"/> ambulant
	<input type="checkbox"/> allgemein		

Datum: .....

Stempel /Unterschrift des zuweisenden Arztes