

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustsprechstunde (-3989) | <input type="checkbox"/> Dysplasie-Sprechstunde, plastisch-rekonstr. |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie allgemein und Myome (-3989) | Brustchirurgie, Fälle mit besonderer Komplexität, Privatpatienten (-1229) |
| <input type="checkbox"/> Uro-Gyn. (Beckenboden/Inkontinenz;(-3989) | <input type="checkbox"/> Dringende Operation bei Krebserkrankung: |
| <input type="checkbox"/> Geburtsplanung (-3989) | Mammakarzinom, Gynäkologisches-Ca. (-1229 Sekr. FK) |

- 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 <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Rö-Diagnostik (CD, Bilder) mitgegeben: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenplan mitgegeben: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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

Station: _____