

Stationäre Terminvereinbarung

Dringlichkeit Terminwunsch

Bitte für folgende Patientin/folgenden Patient einen Termin vereinbaren:

Name Vorname

Adresse

Geburtsdatum Telefonnummer

Versicherungsart

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kassenversicherung | <input type="checkbox"/> Privatversicherung | <input type="checkbox"/> Stationäre Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer | <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer | <input type="checkbox"/> Chefarzt-Wahl |

Therapie

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da Vinci | <input type="checkbox"/> MRT fusionierte Biopsie | <input type="checkbox"/> TUR Prostata |
| <input type="checkbox"/> Offene radikale Prostatektomie | <input type="checkbox"/> Nephrektomie/Nierenteilresektion | <input type="checkbox"/> TUR Blase |
| <input type="checkbox"/> Endoskopische Steinsaniierung | <input type="checkbox"/> Sonstige Operation | |

Blutverdünnende Medikamente

- Ja Nein

Bei Anmeldung von Patientinnen/Patienten mit maligner Grunderkrankung ist es erforderlich, mit der OP-Anmeldung die radiologischen Befunde und Röntgenbilder für die Tumorboard Anmeldung zu übermitteln.

- Die/der Patientin/Patient ist bei maligner Erkrankung mit der Tumorboard-Vorstellung einverstanden.

Der Termin wird Ihnen zur Übermittlung an die/den Patientin/Patienten per Fax zurückgesandt.

- Prästationäre Vorstellung am Stationäre Aufnahme am

.....
Datum Faxnummer Ihr Praxisstempel