

# Anmeldeformular Frauenklinik

Terminwunsch / Dringlichkeit: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Zuweisende(r) Ärztin /Arzt**  
 (Stempel und Unterschrift):

Datum: \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P  
 Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P

*Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.*

**Sprechstunde**

**Gynäkologie / Schwangerschaft**

- Konsiliarische Beurteilung
- Schwangerschaftskontrolle
- Chorionzottenbiopsie / Amniocentese
- Jahreskontrolle
- Urogynäkologische Abklärung
- Kinderwunschsprechstunde
- \_\_\_\_\_

**Ultraschall**

- Schwangerschaft  Gemini
- LP \_\_\_\_\_ ET \_\_\_\_\_ KT \_\_\_\_\_
- 1. Screening mit NT/ETT (11+3 – 13+3 SSW)
- 2. Screening (20–22 SSW)
- Wachstumskontrolle (30–32 SSW)
- Doppler-Ultraschall
- Gynäkologischer Ultraschall
- \_\_\_\_\_

**Geburtenabteilung**

- 75g-oGTT
- CTG
- Geburtsprocederebesprechung
- \_\_\_\_\_

Fortsetzung auf Seite 2 ➤

**Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Hospitalisation / Operation**

Diagnose
Operation / Einweisungsgrund
Nebendiagnosen / Risiken
Medikamente
Bemerkungen / Wünsche

Belegärzte

Operation/Betreuung durch mich

Assistenz Dr. \_\_\_\_\_

← zurück zu Seite 1