



# ANMELDUNG ZUR OPERATION

Name: ..... Vorname: .....  
 Geburtsdatum: ..... Telefon Privat: .....  
 Natel: ..... TelefonGeschäft: .....  
 Strasse, Nummer: ..... PLZ, Ort: .....

Frühere Hosp. in Frauenklinik:  
 .....  
 .....  
 .....

**Diagnose:**  
 .....  
 .....

**Vorgesehene Operation /gewünschte Untersuchung**  
 .....  
 .....

**Präoperative Abklärungen:**

**Labor**       vorhanden (beiliegend)  
                   nicht vorhanden

**Thorax**       vorhanden (beiliegend)  
                   nicht vorhanden

**EKG**             vorhanden (beiliegend)  
                   nicht vorhanden

**Mammo-  
 graphie**       vorhanden (beileiegend)  
                   nicht vorhanden

**CT/MRI**         vorhanden (beiliegend)  
                   nicht vorhanden

**Gewünschter Eintrittstermin** .....

**Krankenkasse / Versicherung:**

Klasse:       Privat  
                   Halbprivat  
                   allgemein

Eintritt:       stationär  
                   ambulant

Stempel /Unterschrift des zuweisenden Arztes

Datum .....