

Anmeldung OP-Termin

Fax: +49 (0) 8031 - 365 4924

E-Mail: urologie.rosenheim@ro-med.de

Einweisender Arzt: _____

Patientendaten: (ggf. Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

PKV versichert: ☐ 1 oder 2 Bett-Zimmer _____

Diagnose: _____

Geplante OP: _____

Einnahme Blutverdünner: ☐ ja ☐ nein

Sonstiges: ☐ bitte Rückruf durch Chefarzt / Oberarzt

☐ bitte vorher Termin für Indikationssprechstunde

Kontaktaufnahme zur Terminplanung mit:

Patient: ☐ Praxis: ☐

Anmerkungen: _____
