

Sehr geehrte Kollegen,
vielen Dank für die Terminanfrage in unserer Dysplasie Sprechstunde.

**Terminmanagement
Elektive Aufnahme**

Patientin (bitte lesbar ausfüllen):

Tel: 06021-32-4188
Fax: 06021-32-4141

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: ela@klinikum-ab-alz.de

Um die Patienten nach Dringlichkeit passend zu terminieren, bitte folgendes beachten:

Die zytologischen Befunde der unten aufgeführten Abstriche müssen zwingend mit diesem Anmeldeformular gefaxt werden, sonst ist keine Terminvergabe möglich.

Aktueller PAP Abstrich: _____

Aktueller HPV Abstrich + Typ: _____

Untersuchungsdatum: _____ (Wichtig: nicht älter als 3 Monate)

2 vorherige PAP Abstriche:

1. _____ Untersuchungsdatum: _____

2. _____ Untersuchungsdatum: _____

Falls vorhanden, weitere HPV Abstriche: _____

Untersuchungsdatum: _____

Antikoagulation: nein ja, welches: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

<p>Termin:</p> <p>Am: _____</p> <p>Um: _____</p>

WICHTIG:

Bei Cervixbefund: Überweisung

Bei Vulva/Vaginabefund: Einweisung

Anmeldung über Patientenaufnahme (orangene Theke) mit Versichertenkarte

Die Patientin wurde über den Termin von uns informiert

ja nein, bitte Patientin über Termin informieren