

Patienten-Datenblatt

Patienten -Nr. Herr Frau Nachname Vorname Geburtsdatum Straße Nr. Wohnort PLZ Tel. Mobil E-Mail Gewünschte OP. Gewünschte Klinik Gewünschter Arzt OP. Tag Verschoben auf den

Anreise

mit Auto Zug Bus Bahn Flug sonstiges am

Untersuchungen

Blutbild groß klein vom Hausarzt vor Ort Fällig am Ultraschall / Mammographie ja nein EKG vom Hausarzt vor Ort

Sonstige Untersuchungen

es fehlt bei den Untersuchungen

Gesund ja nein Allergien ja nein wenn ja welche Rauchen Sie ja nein wieviel stk./tag

Pille ja nein Alternative

Gesundheitliche Probleme / Erbkrankheiten

Ambulant kein Blutbild nötig? Ja nein

Implantats gröÙe Rund Anatomisch Marke

Abholung

Datum

Bahnhof Zeit

Flughafen Zeit

Taxi bestellen ja nein

Übernachtung in Klinik ja nein

Alternativ Pension

Hotel

Bekannte

Sollte von uns gebucht werden ja nein

Wann Tage

Preis OP.

Weitere OP.

Anzahlungshöhe Anbezahlt ja nein

bis

Antrag erhalten am

Vertrag erhalten am

OP. Fragebogen erhalten am

Rückruf am um

Stellungnahme Arzt:

Sonstiges