

VL Checkliste

OP-Anmeldeformular Einweiser/innen



Geltungsbereiche: Sekretariat Uro KE

Name	<hr/>
Adresse	<hr/>
Geburtsdatum	<hr/>
Telefonnummer:	
Versicherung: Ggf. Zusatzversicherung stationär - Chefarzt ja / nein	
Einweiser/in:	
Eingriff:	
Blutverdünner/Zuckermedikation:	
Vorerkrankungen/Vor-Operationen:	
Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	
Einwilligung zur Datenübermittlung an Einweiser/innen liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich stimme einer telefonischen/schriftlichen Kontaktaufnahme durch die Klinikverbund Allgäu gGmbH (Standort Klinikum Kempten) zur Planung der weiteren Behandlung zu. Auf die Datenschutzinformation der Klinikverbund Allgäu gGmbH (www.klinikverbund-allgaeu.de) wird verwiesen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitarbeit/Mithilfe.

verantwortlich:	CA Sekretärin Ezgi Arikoglu	Freizeichner:	CA Prof. Dr. Stephan Tschirdewahn
formal geprüft:	OE David Hoffmann	Freigabedatum:	29.04.2024
Version:	03	OP-Anmeldeformular Urologie_2024.docx., Ausdruck vom 13.05.2024, Seite 1 von 1	