

**VL Checkliste
OP-Anmeldeformular Einweiser/innen**



Geltungsbereich: Sekretariat Uro KE

Name	_____
Adresse	_____
Geburtsdatum	_____
Telefonnummer:	
Versicherung: ggf. Zusatzversicherung stationär	
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 Datenschutzhinweise 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:	12.12.2023
Version:	02	KV_VL Checkliste OP-Terminanfragen Uro.docx., Ausdruck vom 19.12.2023, Seite 1 von 1	