

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



Geltungsbereich: Sekretariat Uro KE

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