

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der versicherten Person		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anmeldung für Patientinnen der Frauenklinik

Städtisches Krankenhaus Kiel
Chemnitzstraße 33
24116 Kiel

Fax-Nr. 0431/1697-1932, Tel. 0431/1697-1930

<p>Telefonnummer der Patientin für Terminabstimmung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wunschtermin für Aufnahme:</p> <p>_____</p> <p>Befunde beigefügt: <input type="checkbox"/></p> <p>War schon einmal in der:</p> <p><input type="checkbox"/> Frauenklinik</p> <p><input type="checkbox"/> Gynäkologisches Krebszentrum</p>	<p>Anmeldung für:</p> <p><input type="checkbox"/> Gynäkologisches Krebszentrum</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung Gynäkologie</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung Gynäkologie</p> <p>Kostenträger/Wahlleistungen:</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzversicherung/Wahlleistung</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Familienzimmer</p>
<p>Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Relevante Nebendiagnosen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Gewünschter Eingriff: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Sozialanamnese (Bei Bedarf ausfüllen):</p> <p>Wohnsituation: _____</p> <p>Pflegestufe: _____</p> <p>Bisherige Mobilität/Versorgung: _____</p> <p>Hilfsmittel: _____</p>	<p>Platz für weitere Informationen:</p>
<p>Anmeldung durch: _____</p> <p>_____</p>	
<p>Ansprechperson: _____</p>	
<p>Telefonnummer: _____</p>	