

Name, Vorname		Geb. Datum	
Straße, Nr.		Größe	
PLZ, Ort		Gewicht	
Tel. Nr.			
Handy Nr.			

Hausarzt/ Überweisender Arzt			
Ist eine ambulante oder stationäre Operation geplant?	Nein		
	Ja, wann?		
Kommen Sie zu einer postoperativen Nachsorge?	Nein		
	Ja, wann, wo?		
Wo können wichtige Vorbefunde (z. B. OP- Berichte, Katheter-/ CT- Befunde) angefordert werden ggf. letzter Krankenhausaufenthalt?			
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?			
Falls Sie privat versichert sind, gibt es mit ihrer privaten Krankenversicherung eine Sondervereinbarung?			
Besteht eine private Zusatzversicherung im Falle eines Krankenhausaufenthalts	Ja, welche:		
	mit Chefarztbehandlung		
	ohne Chefarztbehandlung		
	Nein		

Besteht bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel, Jod oder sonstige Medikamente	Nein			
	Ja, welche:			
Bitte notieren Sie alle Medikamente, die Sie z. Z. einnehmen:				
Medikament	Dosis, mg oder µg	morgens	mittags	abends

Ort, Datum, Unterschrift:	
---------------------------	--