

Anmeldeformular Endo

Bitte füllen Sie unbedingt **alle Felder des Formulars vollständig und gut leserlich** aus, andernfalls kann Ihre Anmeldung nicht akzeptiert werden!

Arzt:Ärztin

Tel-Nr.:

Vertretung:

OP-Planung: T +43 1 40111-9530, -9334 oder -9333

E-Mail ¹: anmeldung@pkcgk.at

Patientendaten

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel.-Nr. ²:

Aufnahme

Geplante Aufnahme:

ambulant stationär

Datum:

Uhrzeit:

Aufnahmediagnose:

- Zusatzversicherung Selbstzahler:in
 Einbett gewünscht (nur nach Verfügbarkeit möglich)

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer (Tage):

Eingriff

Geplanter Eingriff:

Datum:

Uhrzeit:

Voraussichtliche Dauer:

Art der Therapie

Operation:

Operationsmethode:

GEFRIERSCHNITT: nein ja

Datum:

Unterschrift:

¹ Bitte achten Sie auf eine datenschutzkonforme Anmeldung mit der Ihnen zugewiesenen Mailadresse unseres Service Portals.

² Um mit Ihrem/Ihrer Patient:in eine optimale Aufnahmezeit sowie bei Einbettzimmerwunsch die Kapazität abklären zu können, erlauben wir uns, ihn/sie telefonisch zu kontaktieren. Wir bitten Sie daher, die Telefonnummer Ihres/Ihrer Patient:in anzugeben.