

Anmeldeformular konservative Behandlung

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: _____ W Begleitp.
Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. ²: _____ M
 Kind

Aufnahme

Geplante Aufnahme: _____ Aufnahme-diagnose: _____
Datum: _____ Uhrzeit: _____
 Zusatzversicherung Selbstzahler:in
 Einbett gewünscht (nur nach Verfügbarkeit möglich) Voraussichtliche Aufenthaltsdauer (Tage): _____

Behandlung

Ärztliche Anordnung bei Eintritt:

- Chemotherapie
- Allgemeine Interne Aufnahme

Blutabnahme:

- Interner Standard
- Chir. Standard/OP-FG
- Sonstige BA

Röntgenuntersuchungen etc.

Medikamente:

- Laufende Medikation
- Sonstige med. Verordnungen
- Sonstige Verordnungen: _____

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.