

Anmeldeformular Sectio

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 : anmeldung@pkcgk.at

Patientendaten


Familienname:

Vorname:

Begleitp.

W

Geburtsdatum:

Tel.-Nr. :

M

Kind

Aufnahme

Geplante Aufnahme:

Aufnahmediagnose:

Datum:

Uhrzeit:

Zusatzversicherung Selbstzahler

Einbett gewünscht (nur nach Verfügbarkeit möglich)

Familienzimmer (nur nach Verfügbarkeit möglich)

EGT:

SSW:

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer (Tage):

Operation

Geplante Sectio:

Datum:

Uhrzeit:

Voraussichtliche OP-Dauer:

Zusatzeingriffe:

Anästhesist:in: vom Haus wird mitgebracht, Name:

Assistenz(en): vom Haus wird mitgebracht, Name:

Kinderfacharzt:ärztin: vom Haus wird mitgebracht, Name:

verständigt nicht verständigt

Interne Freigabe: wird mitgebracht vom Haus

Labor: wird mitgebracht vom Haus

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.