**Überweisung meiner Patientin für eine Operation**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Strasse, Haus-Nr.: | Tel.-Nummern: |
| PLZ, Ort: | e-Mail Adresse Patientin: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsklasse** | 🞎 Allgemein | 🞎 Halbprivat | 🞎 Privat |

|  |
| --- |
| **Operation:** |
| 🞎 Brustoperation | 🞎 Operation Adnexen  |
| 🞎 Operation Uterus | 🞎 Operation Vulva |
| 🞎 Operation Cervix | 🞎 Sonstiges: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Diagnose**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **Relevante Anamnese und Befunde:** |

|  |
| --- |
| **Medikamente:**  |
| **Beilagen:** | 🞎 Berichte | 🞎 Laborbefunde | 🞎 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:**  |  | Absender (Stempel):  |