



Anmeldebogen für ein- und überweisende Ärzt*innen

Kontaktdaten: Tel.: 0511/8115-4424 Fax: 0511/8115-99 4424 E-Mail: ctermine@hka.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Medizinische Angaben:

Überweisende*r Arzt*Ärztin: _____

Telefon-Nr. des/r Überweisenden für Rückfragen: _____

Diagnose: _____

Voroperationen: _____

Symptome, Epikrise (Krankheitsverlauf, Vorbehandlungen, aktuelle Medikamente etc.)

Liegen Vorbefunde vor (bitte anhängen!)? Ja Nein

Wenn ja, senden Sie uns diese bitte ebenfalls per Fax unter 0511 8115 974424 zu, Bilddaten ggf. auf CD.

Ärztliche Fragestellung:

Wir bitten Sie, den **ärztlich** ausgefüllten Anmeldebogen an die Fax-Nummer **0511 8115 974424** oder per Mail an **ctermine@hka.de** zurückzusenden. Nach Erhalt und Besprechung der von Ihnen eingereichten Unterlagen setzen wir uns mit der Familie in Verbindung.

Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Einweisende Anmeldebogen KiChi 901207	Erstellung:	Ellguth, Ira	Erstelldatum:	20.09.2023	Seite 1/2
	Prüfung:	Bieda, Dr. Jan-Christoph	Versionsdatum:	01.02.2024	
	Freigabe Inhalt:	Ludwikowski, PD Dr. Barbara	Revisionsdatum:		
	Freigabe Form:	Buß, Annette	Version:	03	

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Planung

- Sprechstunde:
- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Urologie | OA Dr. Bieda |
| <input type="checkbox"/> BG/Trauma | OA Dr. Voßschulte |
| <input type="checkbox"/> Hydrozephalus | OA Dr. Brechler |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung | OÄ Dr. Sinnig |
| <input type="checkbox"/> Verbr. II / Visceralchir. | OÄ Dr. Schriek |
| <input type="checkbox"/> Viszeral / Urologie | OA Dr. Bottländer |
| <input type="checkbox"/> CA + Gynäkologie | CÄ Dr. Ludwikowski |

Was soll gemacht werden?

- Sono
- DL _____
- BM
- Videourodynamik
- Sprechstundentermin
- MRT
- _____

Terminwunsch: _____... Tagen Wochen Monaten

Termin MVZ/Niedergelassene*r

Termin in anderer Abteilung: _____

Name bearbeitende*r Arzt*Ärztin: _____

Terminvergabe

Termin vergeben am: _____ durch _____

Termin: _____._____.20____

Bemerkung: _____