

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb., am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Fax 0431 9741381

ZOG

Zentrum für
operative Gynäkologie
KIEL

Prüner Gang 15 | 24103 Kiel
Tel. 0431 9741383
www.abts-partner.de

Patientinnen-Anmeldebogen

Einweiser: _____

Verdachtsdiagnose:

Fragestellung:

Relevante Begleiterkrankungen und Voroperationen (ggf. OP-Berichte/Arztbriefe hinzufügen):

Bitte geben Sie den **Termin...** direkt an die Patientin.

Telefon: _____

an die Einweiser-Praxis.

Praxis-Stempel