

## Anmeldung für Allgemeine Zuweisung

Name und Vorname:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Strasse und Nummer:

Mailadresse:

Versicherung:

8 0 7 5 6 . . . . .

Versicherungs-Nummer:

Bitte Patient aufbieten

Termin bereits vereinbart

**Dringlichkeit:**  dringend (1-2 Tage)  bald (7 Tage)  gelegentlich (1-3 Wochen)

### Art der Zuweisung

Neuzuweisung

Operative Behandlung

Zweitmeinung mit Konsultation Patientin

Zweitmeinung in Form eines Aktenkonsiliums

### Spezialsprechstunde

Allgemeine Gynäkologie

Genetische Beratung

Physiotherapie

Brustsprechstunde

Gynäkologische Tumorerkrankungen

Schwangerschaft

Dysplasie

Kinder- und Jugendgynäkologie

Sexualberatung

Endometriose

Kinderwunsch und Hormonsprechstunde

Urodynamik

FGC (Female Genital Cutting)

Menopause

Vulva

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

errechneter/korrigierter ET: \_\_\_\_\_

### Anlagen / Vorbefunde:

Ich wünsche den Befund:

per E-Mail

per Post

von Patientin mitgebracht

Name und Adresse, Praxis/Arzt:

Datum:

Unterschrift: