

Name, Vorname:
Geb.-Datum:
Telefonnummer:

Evangelisches Krankenhaus Luckau gGmbH
Berliner Straße 24
15926 Luckau

Belegungsmanagement

Tel.: 03544 58210
Fax.: 03544 58144
Belegungsmanagement.luc@diakonissenhaus.de

Fachabteilung: _____

Diagnose(n): _____

Geplanter Eingriff: _____ rechts links

Besonderheiten:
(Blutverdünner,
Voruntersuchungen,
Allergien, Med.
Nebendiagnosen etc.)

Operateur: _____

Anästhesieverfahren: Anästhesie lokal Sedierung

Erforderliche Befunde: _____

OP- Termin:
 sehr dringlich (innerhalb 2d) ambulant
 dringlich (innerhalb 1 Woche) stationär
 nicht dringlich

Aufklärungsblätter erhalten: Ja Nein

Sprechstunde: _____._____._____ **VS:** _____._____._____ **OP:** _____._____._____

Datum / Unterschrift Arzt

Korrektur: _____ Datum / Unterschrift Arzt
