

ANMELDEFORMULAR OPERATION FÜR ZUWEISER

FRAUENZENTRUM BERN

PATIENTIN

Name	Strasse, Nr.
Vorname	PLZ
Tel./Mobile	Ort
Geburtsdatum	
E-Mail	
Notfallkontakt	Tel./ Mobil

GRUNDVERSICHERUNG

Krankenkasse	☐ Allg. KVG ☐ Allg. VVG ☐ Halbprivat ☐ Privat
Versicherungsnummer	VEKA-Nummer

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name/Vorname

Diagnose und Nebendiagnosen

Operation / Eingriff



LINDENHOFGRUPPE

Anamnese

Letzte Periode

Spezielles

Allergien

Aufklärung bereits erfolgt ☐ Ja ☐ Nein

Datum Aufklärung

Bitte Kopie der Aufklärung der Anmeldung beigelegen

**Assistenz durch die zuweisende Ärztin /
den zuweisenden Arzt gewünscht?** ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Risikofaktoren (Übergewicht...)

Zykluslänge

Medikamentenliste (Blutverdünner etc.)

Labor erfolgt ☐ Ja ☐ Nein

Datum Labor

Bitte Kopie des Labors der Anmeldung beigelegen

**Bitte senden Sie uns allfällige weitere Unterlagen per
E-Mail als Anhang mit. Falls vorhanden, legen Sie bitte
folgende Dokumente bei:**

- Kopie der Aufklärung
- Kopie des Labors
- Sonstige relevante Unterlagen

Praxis im Frauenzentrum

Lindenhofspital | Bremgartenstrasse 119 | 3012 Bern
Tel. +41 31 300 85 80 | Fax +41 31 300 93 01
op.praxisimfrauenzentrum@lindenhofgruppe.ch

praxis-im-frauenzentrum.ch