



Tel: 0671-605 2670

Fax: 0671-605 552670

E: dk-gefaesschirurgie@kreuznacherdiakonie.de

Tel: 06731-9982650

Fax: 06731-9982651

E: info@gefaesschirurgie-alzey.de

OP-Meldung

Krankenkasse, Versicherungsnummer	
Nachname	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (Patient)	
OP	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Shunt Neuanlage<input type="radio"/> Vorverlagerung<input type="radio"/> Shuntrevision<input type="radio"/> Sonstiges/Rücksprache erwünscht
OP-Termin Wunsch <i>(bei Notfällen bitte direkte Kontaktaufnahme!)</i>	
Bekanntete Infektionen	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> MRSA<input type="radio"/> Hepatitis<input type="radio"/> HIV
Medikamente	<i>Medikamentenplan bitte anbei</i>
Fax Nummer der Dialyseeinrichtung	

Zum präoperativen Termin benötigen wir folgende Unterlagen:

Letzter Arztbrief

Aktuelles Labor