

**OP-Terminvereinbarung**

Bitte nachfolgende Patienten-Angaben komplett ausfüllen, damit eine schnelle Bearbeitung und Einbestellung Ihres Patienten erfolgen kann.

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**Anschrift:**

**Tel.-Nr.:**

**geplanter Eingriff/Seite:**

**Sonstige Bemerkungen:**

Bereits erfolgte Bildgebung (CT, MRT)  ja  nein

Betreut  pflegebedürftig  Rollstuhl

Blutverdünner  Diabetes  Dialyse  MRSA/ESBL/VRE-Verdacht

Bitte aktuellen Medikamentenplan und Befunde-CD bei stattgehabter Bildgebung mitbringt.

**Rückmeldung an:**  Patienten *oder*  Praxis

Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Praxisstempel

**Bitte das ausgefüllte Formular an 03834 - 86 6201 faxen  
oder an [hnosekr@med.uni-greifswald.de](mailto:hnosekr@med.uni-greifswald.de) schicken.**