

Terminvereinbarung Ambulanz

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

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

E-Mail Adresse:

Tel.-Nr.:

Überweisender Arzt:

(HNO-Facharzt-Überweisung notwendig)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Poliklinik | <input type="checkbox"/> Allergiesprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Ohrsprechstunde | <input type="checkbox"/> Tumorsprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Phoniatrie | <input type="checkbox"/> Schwindelsprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Schlaflaborsprechstunde | <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde Professorin Busch |

Weitergehende Informationen:

- Ich bin schon einmal in der Greifswalder HNO-Klinik behandelt worden.

Datenschutz/Datenverarbeitung:

- Die Hinweise zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden.

- Erstvorstellung Wiedervorstellung/Kontrolle

Aktuelle Diagnose:

Aktuelle Beschwerden:

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.

**Bitte das ausgefüllte Formular an 03834 - 86 6201 faxen
oder an hnosekr@med.uni-greifswald.de schicken.**