**Überweisung Frauenklinik Wolhusen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburts-Datum** | **Adresse** | **Telefon**  **E-Mail** | **Krankenkasse** |
|  |  |  |  |  |  |

**Gynäkologische Sprechstunde Beckenbodensprechstunde**

Gynäkologische Abklärung  Beurteilung / Urodynamik

**Senologische Sprechstunde Dysplasiesprechstunde**

Brustabklärung US/ True Cut  Kolposkopie / Biopsie

**OP-Planungssprechstunde**

Eintritskontrolle

**Überweisung zur**

Ambulanten Kontrolle  Stationäre Aufnahme

Notfall  bald  gelegentlich

**Falls Übersetzer nötig**:  bringt Pat. mit  bitte durch **Sekretariat Gynäkologie** organisieren

**Sprache**:

**Einweisungsgrund:**

**Allg. Befunde:**  beigelegt  werden nachgesandt

**Röntgenbilder:**  beigelegt  per Post  werden mitgegeben

**Laborbefunde:**  beigelegt  per Post  werden mitgegeben

**Bisherige Therapie:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Praxis-E-mail Praxisstempel, Unterschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_