**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**

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