



M A R I E N  
K R A N K E N H A U S

Ambulantes OP-Zentrum

Chirurgische Kliniken  
Alfredstraße 9, 22087 Hamburg  
Telefon 0 40 / 25 46 - 29 99  
Telefax 0 40 / 25 46 - 18 29 99  
E-mail: ambopz@marienkrankenhaus.org

## ***Fax-Anmeldung*** ***zur ambulanten Operation***

---

**einweisender Arzt:** (Praxisstempel)

**Patient / in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Vorwahl/Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

---

Diagnose: \_\_\_\_\_

Vorgesehene OP: \_\_\_\_\_

prae op. Befunde: \_\_\_\_\_

---

Terminvereinbarung direkt mit der Patientin erbeten:

ja  nein

Termin wurde telefonisch für den \_\_\_\_\_ vereinbart.

Die postoperative Betreuung kann über meine Praxis erfolgen

ja  nein

Die postoperative Betreuung soll über die Ambulanz  
des Marienkrankenhauses erfolgen

ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_