

# Anmeldung zur chirurgischen Versorgung

(keine D-Fall-Versorgung möglich!)

Patientendaten:

Stempel Praxis / Anmelder:

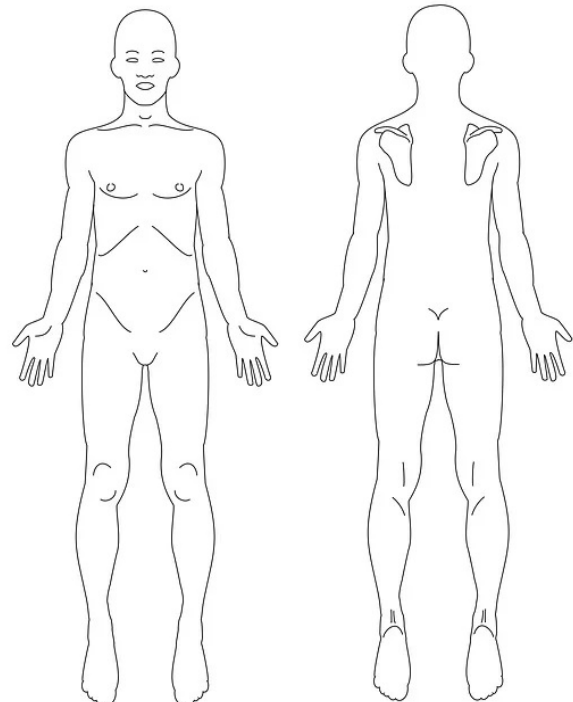
Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Versicherung:	
Telefon / Handy:	

Art des Eingriffs:

Lokalisation:

		Größe (cm)
Abszess*		
Atherom*		
Lipom*		
Chron. Schwielen / Dornwarzen		
Unguis incarnatus (eingew. Zehen-/ Fingernagel)		
Entfernung von K-Drähten (temporär, perkutan)*		
Platzwunde*		
Sonstiges / Notiz		

(zutreffendes bitte ankreuzen)



Datum

Unterschrift Patient\*innen

(Mit der Unterschrift genehmigt der/die Patient\*innen die Weitergabe der Patientendaten zur Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. Müller aus dem Ärztezentrum Schiffenberger Wacht.)

\*Abszesse des Enddarms oder des Mund-Rachen-Raumes (Lokalisation) können **nicht** versorgt werden. Gleichfalls unterliegt die **Größe** von Atheromen/Lipomen/Abszessen den allgemeinen ambulanten chirurgischen Versorgungskriterien in Lokalanästhesie. Behandlungen erfolgen i. d. R. ab 18 Jahren (*jüngere Pat. bitte unter vorheriger Anfrage*), D-Fälle können **nicht** behandelt werden.