

Überweisungsschein *Von Ihrem Hausarzt/Überweiser auszufüllen*

Überweisung für: Gynaikon Kliniek Rotterdam
Gynaikon Kliniek Roermond

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adres:

Postleitzahl + Wohnort:

Datum 1. Gespräch:

Blutgruppe / Rh.:

Grav.:

Para.:

SC:

Datum 1. Tag letzte Menstruation:

Schwangerschaftsdauer
(Wochen Amenorrhoe):

Schwangerschaft festgestellt mittel:

Urinprobe
Körperliche Untersuchung
Bluttest
Ultraschall

Verwendete Medikamente:

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, NL-3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, NL-6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl

Allergien:

Vorgeschichte:

Bluttransfusion

Gerinnungsstörungen

Geschlechtskrankheiten

Psychiatrische Erkrankungen

Infektionskrankheiten

Abdominalchirurgie

Herzerkrankungen

Bluthochdruck

Diabetes

Neurol. Abw.

Anämie

Gynäkol. Chirurgie

Nierenerkrankungen

Lungenerkrankungen

Epilepsie

Sonstiges, nämlich:

Indikation:

ANGABEN ZUM ÜBERWEISER:

Name:

Organisation:

Anschrift:

Postleitzahl + Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Versandanweisungen:

*Speichern Sie diese Datei unter 'Überweisungsschein_Datum_NachnamePatient' und senden Sie sie als Anlage oder über ZivverVeilig an: **info@gynaikon.nl***

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, NL-3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, NL-6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl