
Zentrales Termin- und Belegungsmanagement (ZBM)

Bürozeiten: Mo - Do: 08:00 - 16:00 Uhr & Fr: 08:00 - 14:00 Uhr (nicht an Feiertagen)

E-Mail: zbm@k-k-o.de • Telefon: 02263 81-2670 • Fax: 02263 81-2673 • Internet: www.k-k-o.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers unbestimmt

☎ Mobilnummer für Rückfragen Patient oder Angehöriger: _____

✉ Emailadresse für Terminübermittlung: _____

Wenn keine Emailadresse vorhanden ist, benötigen wir die Postanschrift für die Termin- und Informationsübermittlung:

✉ Postanschrift für Terminübermittlung:

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Behandlungsplanung:

Anfragende Praxis oder Klinik : _____

Telefon : _____ FAX: _____

Gewünschte Fachabteilung:

Chirurgie Innere Medizin Orthopädie Unfallchirurgie Urologie

Hauptdiagnosen: _____

Notwendige Therapie / OP: _____

Wunschtermin: _____

Dringlichkeit: sehr dringend (1-5 Tage) dringend (5-10 Tage) Elektiv (sobald Kapazität vorh.)

Besonderheiten: Isolationspflicht Unruhezustände Körpergewicht > 130 kg

Gewünschte Unterbringung & Behandlungsform:

Ambulant und ggf.: mit Anschlussunterbringung als zahlender Gast über Nacht*

Stationär im:

3-Bett-Zimmer / Premium 2-Bett-Zimmer* / Premium-Einzelzimmer* mit Chefarztbehandlung*

*Gegen Aufpreis, ggf. über private Versicherung abgedeckt. Details und Preise entnehmen Sie bitte unserem Internetauftritt.

Anfordernder Arzt: (**Name in Druckbuchstaben**) _____