

	gew. Vorgehen	HZ Bearbeiter	Arztkürzel
Datum:	<input type="checkbox"/> Bitte um Rückruf		
Uhrzeit:	<input type="checkbox"/> zur Info		
	<input type="checkbox"/> EV		

Anfrage von:

<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Patient / Angehöriger
Praxis/KH:	Abt:	Telefon:

Patientendaten:	Nachsorgepass: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	Wohnort:
Geb.:	
Telefon:	
Diagnose:	Werden Befunde gefaxt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	EV Termin:

Aktuelle Fragestellung:

Anweisung für Leitstelle:

Zuordnung:

ASV - GI: <input type="checkbox"/>	Uro: <input type="checkbox"/>	L/T: <input type="checkbox"/>	Rh: <input type="checkbox"/>	HAEZ: <input type="checkbox"/>	KMT: <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> Rückruf im SAP pflegen		
<input type="checkbox"/> Beratung/Zweitmeinung	<input type="checkbox"/> HÄMA	<input type="checkbox"/> IONK
<input type="checkbox"/> Lymphomboard		