

Patientenetikett  
einkleben

**Chirurgische Universitätsklinik**

Direktor: Prof. Dr. med. R. Viebahn

**Transplantationszentrum**

Tel.: (0234) 299-3260 / 3261

Fax: (0234) 299-3269

E-Mail: transplantationsbuero@kk-bochum.de

**Stammdaten**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Dat. \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

ledig     verheiratet     getrennt lebend     geschieden     verwitwet

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

familienversichert     privatversichert    Zusatzvers. \_\_\_\_\_

Versich. Mitglied \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg    BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Rauchen     nie     aktuell     früher    \_\_\_\_\_ PY    Alkohol \_\_\_\_\_

Diagnosen \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Bluttransfusionen \_\_\_\_\_

Dialyse     Mo Mi Fr     Di Do Sa

Dialysezentrum \_\_\_\_\_ Erstdialyse \_\_\_\_\_

**Dial. Arzt** \_\_\_\_\_ **Hausarzt** \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Vorstellungsgespräch geführt mit \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Im Verbund der



Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH  
In der Schornau 23-25, D-44892 Bochum, Sitz: Bochum  
Registergericht: Amtsgericht Bochum, HRB 14427  
Geschäftsführer: Marco Kempka  
Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Schlüter

Sparkasse Bochum  
IBAN: DE 92 4305 0001 0007 3004 03  
BIC: WELADED1BOC  
IK: 260 591 608  
USI-ID-Nr.: DE 815 447 053

