

Anmeldeformular für ambulante Bronchoskopien

Behandelnder Arzt (Name, Telefonnummer, Fax oder Stempel):

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Versicherungsstatus: GKV PKV

Erstuntersuchung in der RLK

Folgeuntersuchung in der RLK

Fragestellung:

Bisherige radiologische Diagnostik:

Röntgen-Thorax vom

CT-Thorax vom

Bitte um die Mitgabe der Bilder und aller relevanten Befunde

Ggf. Bilder bereits vorhanden in : Teleradiologie / Chili-PACS

UKE-PACS

Gerinnungshemmende Medikamente:

ASS

Clopidogrel

Marcumar

NOAK

Isolationspflichtige Keime:

MRSA

3MRGN

4 MRGN

Andere _____

.....
Datum

.....
Name

.....
Unterschrift