

## Anmeldeformular für ambulante Bronchoskopien

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

Patientenname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Versicherungsstatus:  KV  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

Bilder werden zum Vorgespräch mitgebracht

### Gerinnungshemmende Medikamente:

ASS  Clopidogrel  Marcumar  NOAK

### Isolationspflichtige Keime:

keine  MRSA  3MRGN  4 MRGN  Andere: .....

.....  
Datum

.....  
Name

.....  
Unterschrift

## Internes Formular zur Patienteneinbestellung

ambulant:                     mit Vorgespräch                     ohne Vorgespräch (s.u.)

Patientenname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Dringlichkeit:             notfallmäßig (innerhalb den nächsten 24h)

dringlich (innerhalb der nächsten 5 Tage)

elektiv

Datum:

Name:

Unterschrift:

---

### Planung der ambulanten Bronchoskopie:

#### **FOB:**

Sedierung (Info: Begleitung erforderlich!)

BAL

Mikrobiologie (min. 2 Scheine!)

Virologie

Histologie/Zytologie (Info: Blutbild/Gerinnung erforderlich nicht älter als 14 Tage)

#### **Isolationspflichtige Keime:**

keine     MRSA     3MRGN     4 MRGN     Hepatitis     .....

**(Bitte in der Bronchoskopie-Anmeldung mit angeben!!!!!!)**

#### **Art und Ort der Probe:**

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Ambulanz Arzt

#### **Zudem bitte vorbereiten:**

Überweisungsscheine (s. Anforderungen oben); Info Rechnung / Befund an