

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