Bronchoskopie Ambulanz | Leitung: PD Dr. K. Darwiche
Tel.: 02 01/ 4 33 – 11133 | Fax: 02 01/ 4 33 – 1915 |
zentralambulanz@rlk.uk-essen.de

RUHRLANDKLINIK
Westdeutsches Lungenzentrum
Universitätsmedizin Essen

www.ruhrlandklinik.de |Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

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