

Termin/Uhrzeit: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Krankenversicherung: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____ Zusatzversicherung (stationär): Ja Nein

Telefon: _____

Zuweiser

Zuweiser/Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Bitte folgende Unterlagen mitgeben und zusenden:

CT- und Röntgenbefunde, Medikamentenplan und Einweisung

Fax: 0271/705-3604 oder E-Mail: lungenklinik@klinikum-siegen.de

ITA Privat direkt stationär

Einweisungsgrund/Klinische Angaben

Vorgesehene Untersuchungen

Aufnahmelabor Innere

kl. BB gr. BB BSG ANA / ANCA / RF / Anti-CCP

NA⁺, K⁺, Ca²⁺, Crea NT- pro BNP HBCO-Hb-Wert

EKG CT-Thorax + KM nativ CD einlesen

Body + BGA PET-CT Bronchoskopie flexibel

nur BGA Sono Pleura Bronchoskopie starr

DLCO Sono Abd.

6MWT MRT-Schädel

Echo Rö. Thorax

Emphysem-Fragebogen alpha1-ID-Abstrich Datum: _____

ILD-Fragebogen HZ Arzt: _____