

Stempel des einweisenden Arztes



KERCKHOFF
KLINIK

Tel: _____
Fax: _____

Patientenanmeldung im Lungenzentrum

Kerckhoff-Klinik GmbH

Lungenzentrum

Benekestr. 2-8

61231 Bad Nauheim

Tel: 06032 996 2479 / 2486

Fax: 06032 996 2478

E-Mail: lungenzentrum@kerckhoff-klinik.de

Name, Vorname Patient

Geb. Datum Patient

Telefonnummer Patient

Rückruf erbeten

Anmeldung zur

Sprechstunde

 Stationären Aufnahme

Wichtig: Bitte zum vereinbarten Termin alle Befunde, CDs und, wenn vorhanden, den aktuellen Medikamentenplan mitbringen!

Hauptdiagnose / aktuelle Beschwerden (bitte aktuellen Befund beilegen):

Fragestellung / Bemerkung:

Wie soll Ihr Patient über den Termin informiert werden?

- Sie möchten den Patient selbst über den Termin in Kenntnis setzen.
- Der Patient soll durch unser Sekretariat über den Termin in Kenntnis gesetzt werden.

Vermerk (wird vom Lungenzentrum ausgefüllt)

Termin zur Sprechstunde am _____ um _____

Termin zur Stationären Aufnahme am _____ um _____

Zuweiser informiert am _____ Patient informiert am _____