

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