Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Wiener Gesundheitsverbund

Klinik Penzing

Abteilung für Atemwegs- und Lungenkrankheiten

Prim.a Priv.Doz.in Dr.in Marie-Kathrin Breyer, PhD

1140 Wien, Baumgartner Höhe 1

Tel: + 43 1 910 60 42710

Fax: + 43 1 910 60 49833

KPE.lungenambulanz@gesundheitsverbund.at

Anmeldung zur Untersuchung

Klinik Penzing, Lungenambulanz

Pavillon Leopold 1. Stock

**Patient\*innendaten Datum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uweisende Ärztin/Arzttrollen- ntaktaufnahme unter der angegebenen Telefonnummer des Patienten  
Nachname und Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
SV-Nr. und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der\*des Patient\*in

**Diagnose / Fragestellung ¨ akute Priorität**

**Gewünschte ambulante Leistung**

|  |  |
| --- | --- |
| * Allgemeine Lungenambulanz * Asthma * COPD * Tuberkulose, NTM u.a. Infektionen * Lungenonkologie * Interstitielle Lungenerkrankungen | * Sauerstoffambulanz / LTOT * NIV-Evaluierung * Bronchoskopie-Planung * Lungenfunktion * Polysomnographie * Befundbesprechung (mit CD-Rom) |

**Zuweisende Klinik / Abteilung / Ordination:**

**Telefonnummer der\*des Zuweiser\*in:**

**Zuweisungsformular an +43 1 91060 49833 faxen.**  
Telefonische Rückfragen unter +43 1 91060 42710. Die Terminvergabe erfolgt nach telefonischer Kontaktaufnahme unter der angegebenen **Telefonnummer der\*des Patient\*in**.

**Einberufung zu klinischen Kontrollen**

Sehr geehrte\*r Patient\*in, im Rahmen Ihrer Behandlung wurde eine Therapieform gewählt, welche einen Ambulanzbesuch notwendig macht.

In den Einrichtungen des Wiener Gesundheitsverbundes als Service- und Sicherheitskomponente besteht die Möglichkeit, Sie zur Vereinbarung eines Termins zu kontaktieren:

**EINWILLIGUNG**

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Vereinbarung eines Ambulanztermins kontaktiert werde. Diese Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der mich betreuenden Klinik des Wiener Gesundheitsverbundes widerrufen.

...................................................................................................................

(Datum und Unterschrift der\*des Patient\*in)