

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)