

Patientenanmeldung

Stationäre Aufnahme Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Telefon: +49 (0) 7522 797-1480

Telefax: +49 (0) 7522 797-2019

E-Mail: wg-casemanagement@wz-kliniken.de

(Bitte ausgefüllt per Fax senden; wir antworten zeitnah telefonisch)

Patientendaten (ausfüllen oder Etikett) Name, Vorname: Geburtsdatum: Telefonnummer oder Adresse: ggf. gesetzlicher Betreuer:	Dringlichkeit / Terminwunsch <input type="checkbox"/> schnellstmöglich <input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Wochen <input type="checkbox"/> längere Wartezeit zumutbar
Relevante Diagnose Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> Erstvorstellung <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Asthma/ chron. Husten <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelprovokation <input type="checkbox"/> Schlafuntersuchung <input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose <input type="checkbox"/> (V.a.) funkt. Atemstörung <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten/Nebendiagnosen Problemkeime <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Aufnahme alleine <input type="checkbox"/> Aufnahme eines Elternteils erwünscht <input type="checkbox"/> Termin direkt mit Patient oder Eltern <input type="checkbox"/> Termin über Anmelder <input type="checkbox"/> Rücksprache mit ärztlichen Kollegen erwünscht
Ärztin/Arzt Klinik	

Vorausgegangene Diagnostik

Bitte stellen Sie uns die relevanten Vorbefunde zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!

Das Team der Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Ein Stück Leben.