

Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Tel.:	
Fax:	

Anschrift Einweiser

Stempel Einweiser

Einweisungsanmeldung zur Ruhrlandklinik (FAX: 0201/433-1967)



(www.ruhrlandklinik.de - info.verwaltung@ruhrlandklinik.de - Tüschener Weg 40 - 45239 Essen - Tel. 0201/433-01)

Datum:

Diagnose:

Fragestellung:

Abteilung für:

Pneumologie
Prof. Dr. H. Teschler

Pneumologie
Prof. Dr. U. Costabel

Thoraxchirurgie
Prof. Dr. G. Stamatis

Gewünschte Aufnahme ab:

Patientendaten:

Name:		Vorname:	
Geb.-Dat.:			
Straße:			
PLZ/Ort:			
1. Tel.-Nr.:			
2. Tel.-Nr.:			
KK:		<input type="checkbox"/> privat zusatzversichert	
Bemerkungen:			

Hinweis an den Einweiser:

Bitte geben Sie Ihrem Patienten alle relevanten Unterlagen mit !

Folgende Unterlagen wurden dem Patienten sofort mitgeben:

<input type="checkbox"/> Verordnung der Krankenhausbehandlung		
<input type="checkbox"/> Lungenfunktion	<input type="checkbox"/> Szintigraphie	<input type="checkbox"/> MRT
<input type="checkbox"/> CT-Thorax	<input type="checkbox"/> Röntgenbilder	<input type="checkbox"/> Bronchoskopie
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Mit freundlichem Gruß

Unterschrift