

TCH 001	Anmeldung Thoraxchirurgie UK Magdeburg		<b>UNIVERSITÄRES LUNGENZENTRUM</b>
---------	--	--	--

Patientenanmeldung - Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Universitätsklinikum Magdeburg

Abteilung für Thoraxchirurgie, Prof. Dr. med. Thorsten Walles

Tel +49 (0) 391 67 21890, Fax +49 (0) 391 67 21891

E-Mail:

[thoraxchirurgie@med.ovgu.de](mailto:thoraxchirurgie@med.ovgu.de)

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Ambulant (Sprechstunde)

Stationär

**Angaben zum Patient/ zur Patientin**

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefonnummer
Diagnose	
Besonderheiten (Infektionen etc.)	
Anamnese	
Antikoagulation:	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, womit?	
Bilder über TKmed gesendet?	<input type="radio"/> Nein

**Angaben zur zuweisenden Person/ Institution**

Praxisname/ Name des zuweisenden Arztes/ der zuweisenden Ärztin
Telefonnummer
Adresse

**Rückantwort der Thoraxchirurgie**

Geplanter Termin	
Datum:	HZ: