

| | | | |
|---------|--|--|--|
| TCH 001 | Anmeldung Thoraxchirurgie UK Magdeburg |  | UNIVERSITÄRES LUNGENZENTRUM |
|---------|--|--|--|

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

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: |