|  |
| --- |
| WIENER GESUNDHEITSVERBUND – KLINIK HietzingKardiologie West  |

Anmeldung zur stationären Aufnahme

Kardiologie West – Standort Klinik Hietzing
Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber
Standortleitung: OA Dr. Johannes Koch

1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1
Tel: +43 1 80 110-2390
**FAX: +43 1 80 110-3650**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient\*innen-Daten:**Name      Soz.-Vers.Nr.      Geburtsdatum      Telefonnummer      Wohnadresse       | **Dringlichkeit**Doppelklick auf Kontrollkästchen + Standardwert aktivieren[ ]  dringlich[ ]  elektiv |
| **Diagnose:**  |
| **Gewünschte Untersuchung oder Behandlung:**  |
| **Besondere Anmerkungen:**  |

|  |
| --- |
| Absender |
| **Stampiglie der Abteilung / Ordination:** | **FAX-Nr.:****Tel.-Nr.** für Rückfragen:      |

**Datum:**

**Name der anmeldenden Person** **Unterschrift**