|  |
| --- |
| WIENER GESUNDHEITSVERBUND – KLINIK Hietzing  Kardiologie 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**

     