|  |
| --- |
| Wiener Gesundheitsverbund  Klinik Hietzing  6. Medizinische Abteilung – Innere Medizin mit Pneumologie  Vorständin: Prim.a Priv.-Doz.in Dr.in Robab Breyer-Kohansal  1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1  Tel.: 01 80 110-2471  Fax: 01 80 110-2746  KHI.PUL@gesundheitsverbund.at  klinik-hietzing.gesundheitsverbund.at |

**Anmeldung zur Untersuchung**

**Klinik Hietzing**

*Lungenambulanz, Pavillon 8, 1.Stock links*

Patient\*innendaten (*Bitte in Blockbuchstaben*):

Vor – und Nachname:

SV-Nr. und Geburtsdatum:

Tel.Nr. Patient\*in:

Diagnose/Verdacht/Fragestellung:

**Gewünschte Leistung:**

* Begutachtung in der allgemeinen Lungenambulanz
* Begutachtung in der ILD (Fibrose)-Ambulanz
* Begutachtung in der Asthma-Ambulanz
* Begutachtung in der Bronchiektasien- / Cystische Fibrose-Ambulanz
* Begutachtung in der Prätransplant-Ambulanz
* Bronchoskopie-Planung (Bitte CT Thorax/CD-ROM mitgeben!)
* Abklärung Raumforderung / Rundherd
* Funktionsdiagnostik:

**CAVE:**

* Multiresistente Erreger bekannt
* Patient\*in ist liegend
* Patient\*in benötigt Dolmetsch / Sprachbarriere
* Patient\*in hat Erwachsenenvertreter\*in in med. Angelegenheiten

**Bitte die Zuweisung per E-Mail an** [**khi.pul.amb@gesundheitsverbund.at**](mailto:khi.pul.amb@gesundheitsverbund.at) **übermitteln.**

Wir kontaktieren die Patientin/den Patienten per Telefon über die

angegebene Telefonnummer.

***Termine für Schlaflabor*** *bitte* ***direkt*** *unter der Telefonnummer:*

***01/80 110 DW 2620*** *vereinbaren*

**EINWILLIGUNG:**

Ich, ,

geboren am ,

bin ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Vereinbarung eines

Ambulanztermins kontaktiert werde. Diese Einwilligung kann ich jederzeit

gegenüber der mich betreuenden Klinik des Wiener Gesundheitsverbundes widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift