



Anmeldung zur Untersuchung Klinik Hietzing

*Lungenambulanz, Pavillon 8,
1.Stock links*

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 80 110-2490

KHI.PUL.AMB@gesundheitsverbund.at

klinik-hietzing.gesundheitsverbund.at

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 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