

Fax-Anmeldung für Invasive – Maßnahmen in der AKW

Fax: 040 / 65 79 59 74 (HK)

Tel.: 18 18 83-27 28 (HK-Hotline)

Rufbereitschaft Tel.: 0160-94 84 54 10

Patientendaten:

Vor-/Zuname _____

Krankenkasse _____

Telefon / Mobil _____

Geburtsdatum _____

Praxisstempel

Gewünschtes bitte an Kreuzen:

akut dringlich Elektiv Coro/PTCA Angio/PTA

Indikation:

typ.AP fragl.AP Dyspnoe

Ischämienachweis fragl.

LV gewünscht: ja nein

Risiken: Niereninsuffizienz Jod-/KM-Allergie Suppr.. TSH..

Befunde: Echo o.B. pathol.

Sonstige: _____

Arztunterschrift: _____

Wichtige Unterlagen vom Patient mitzubringen:

aktuelle Überweisung + Versichertenkarte, ggf. Befreiungsausweises
 Medikamentenplan
 Labor
 ggf. Befunde (EKG, Echo, etc)

FAX-Antwort: (wird von uns ausgefüllt) - Terminbestätigung

Termin: _____

Angenommen von + Datum: _____

Bearbeitet von + Datum: _____

Die Information in dieser Fax-Nachricht ist vertraulich und nur für den o.g. Adressaten bestimmt. Für den Fall, dass Sie als Empfänger nicht mit dem o.g. Adressaten identisch oder mit der Aushändigung an ihn betraut sind, seien Sie so nett und benachrichtigen Sie uns und vernichten das Fax. Wir weisen darauf hin, dass jede Verbreitung und Vervielfältigung untersagt ist.