

Notfall-Anmeldung Pneumologikum Frankfurt Zurück an Fax-Nummer: 069- 69 59 72 481	Pneumologikum Frankfurt Stresemannallee 3 60596 Frankfurt info@pneumologikum.de	
--	--	---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebst.-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis/Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt: Telefon-Nr. und Fax-Nr. der Praxis , der Ärztin/des Arztes: Telefon-Nr. des Patienten tagsüber, ggf. email:
--

Verdachtsdiagnose und Symptome:			
Beginn der Beschwerden:			
Atemwegsvorerkrankungen:			
Sauerstoffsättigung (SaO2) gemessen:	<input type="checkbox"/> Ja	Wert: %	<input type="checkbox"/> Nein
Dyspnoe?	<input type="checkbox"/> Ja	NYHA:	<input type="checkbox"/> Nein
D-Dimere bestimmt?	<input type="checkbox"/> Ja	Wert: ng/ml	<input type="checkbox"/> Nein
CRP bestimmt?	<input type="checkbox"/> Ja	Wert: mg/dl --- mg/l	<input type="checkbox"/> Nein
Bildgebende Verfahren erfolgt? (Röntgen, CT, Szintigraphie)	<input type="checkbox"/> Ja	Befunde bitte beilegen	<input type="checkbox"/> Nein
Kardiologische Abklärung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Patient im Pneumologikum bereits bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Rückantwort (wird von Pneumologikum ausgefüllt)
<input type="checkbox"/> Ein Termin wurde vereinbart für den
<input type="checkbox"/> Anhand der von Ihnen gemachten Angaben halten wir eine notfallmäßige pneumologische Vorstellung nicht erforderlich
<input type="checkbox"/> Stationäre pneumologische Behandlung empfohlen