

Anmeldung für die Klinik für Thoraxchirurgie

PatientIn	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Name Angehörige	
Telefonnummer:	
Versicherungsstatus:	☐ Gesetzlich ☐ Privat
Zusatzversicherung:	☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarzt
Betreuung:	Kontakt Daten:
Vollmachten:	☐ Vorhanden, welche?
	Bitte mitbringen!
Hausarzt:	

Akad. Lehrkrankenhaus der
Universität Duisburg-Essen

KLINIK FÜR THORAXCHIRURGIE

Direktor:

Dr. med. J. Volmerig



**Zertifiziertes
Lungenkrebszentrum**

Sekretariat

Telefon: 0201 174 - 22501

Telefax: 0201 174 - 22500

thoraxchirurgie@kem-med.com

www.kem-med.com

Anmeldung Sprechstunde

Telefon 0201 174-22512

Arzt-zu-Arzt Telefon

Telefon 0201 174-22522

Datum:

Anamnese	
Diagnose(n):	
Vorerkrankungen:	
Allergien / Unverträglichkeiten:	
Bildgebungen:	☐ CT Thorax, wo? _____ ☐ MRT Thorax, wo? _____ ☐ Andere: _____
Blutverdünner:	☐ Wenn ja, welche(r)? _____
Raucherstatus:	☐ Nie- Raucher , ☐ Ex-Raucher, seit wann? ☐ Raucher, seit wann ? _____ , Menge/ Tag _____ .

Anmeldung erfolgt durch:	
Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Fax:	
E-Mail-Adresse:	

Bitte lassen Sie uns vorab folgende Unterlagen, per Fax oder E-Mail, zukommen:

- Befunde zu allen bereits durchgeführten Untersuchungen
- Briefe aller stationärer Aufenthalte
- Briefe aller Fachärzte, z.B. Kardiologen, Pneumologen
- Aktuelle Medikamentenplan

Bitte CT & MRT Bilder - falls möglich - vorab per Datenleitung senden!