Wiener Gesundheitsverbund

Standort Penzing der Klinik Ottakring

Abteilung für Atemwegs- und
Lungenkrankheiten

 Vorstand:

 Prim.a Priv.Doz.in Dr.in Marie-Kathrin Breyer

Anmeldung zur Untersuchung

Standort Penzing, Lungenambulanz

Pavillon Leopold 1. Stock

1140 Wien, Sanatoriumstraße 2

Tel: + 43 1 910 60 42710

KPE.lungenambulanz@gesundheitsverbund.at

**Patient\*innendaten Datum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname und Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SV-Nr. und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer Patient\*in

**Diagnose / Fragestellung □ hohe Priorität**

 **(Termin innerh. 3 Werktagen)**

**Gewünschte Abklärung / Vorstellung in Spezialambulanz für:**

□ Allgemeine Lungenambulanz

□ Asthma bronchiale

□ COPD / ELVR-Evaluierung

□ Tuberkulose, NTM u.a. Infektionen

□ Pulmonale Onkologie

□ Interstitielle Lungenerkrankungen

□ Bronchoskopie-Planung

□ Sauerstoffambulanz / LTOT
 (Evaluierung/Schulung)

□ Evaluierung Beatmungsindikation

□ Atemphysiol. Spezialuntersuchung
 (z.B. DLCO, Spiroergometrie)

□ Polysomnographie

□ Befundbesprechung (mit CD-Rom)

**Zuweisende Klinik / Abteilung / Ordination:**

**Telefonnummer Zuweiser\*in:**

**Zuweisungsformular per eMail an KPE.lungenambulanz@gesundheitsverbund.at**

Telefonische Rückfragen unter +43 1 91060 42710. Die Terminvergabe erfolgt nach telefonischer Kontaktaufnahme unter der angegebenen **Telefonnummer der Patient\*innen**.

**Einberufung zu klinischen Kontrollen**

Sehr geehrte Patient\*innen, im Rahmen Ihrer Untersuchung/Behandlung wurde eine Vorgehensweise gewählt, welche einen Ambulanzbesuch notwendig macht.

In den Einrichtungen des Wiener Gesundheitsverbundes als Service- und Sicherheitskomponente besteht die Möglichkeit, Sie zur Vereinbarung eines Termins zu kontaktieren:

**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 Krankenanstalt des Wiener Gesundheitsverbundes widerrufen.