

ANMELDUNG eines Patienten zur Herzkatheteruntersuchung

Stempel der Praxis / des Krankenhauses:

(bitte mit Telephon- und Fax-Nr.)

Patientenangaben:

Name	Vorname	Geb.-Dat.	Wohnort*	Tel.-Nr.*

(Bitte bei Erstanmeldungen ausfüllen)

Erstuntersuchung: Ja Nein Falls NEIN: Voruntersuchung in:

Ort	Jahr
Völklingen	<input type="text"/>
Homburg	<input type="text"/>
Saarlouis	<input type="text"/>
Saarbrücken	<input type="text"/>
Sonst	<input type="text"/>

Grund: V.a. KHK Ja Nein Falls NEIN: Was? _____

Dringlichkeit:

Elektiv:	<input type="checkbox"/>
Dringlich:	<input type="checkbox"/>
Notfall:	<input type="checkbox"/>

Versicherungs-Status:

GKV:	<input type="checkbox"/>	I-Bett-Zimmer:	<input type="checkbox"/>
PKV:	<input type="checkbox"/>	II-Bett-Zimmer:	<input type="checkbox"/>

Patientenwunsch bezüglich Termin: _____

Rücksprache mit Arzt erwünscht

Kommentar / Bemerkungen: _____
