

Anmeldung zur pneumologischen Untersuchung bei Dr. René Fiechter

Patient/-in

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Geschlecht w m

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Allgemein

Halbprivat

Privat

Patient/-in

bitte direkt aufbieten:

Dringender

Termin gewünscht

Terminwunsch

Zuweisung

Pneumologie

Somnologie

Tauchmedizin

Fragestellung / Problematik

Medikamente der Patientin / des Patienten

Gewünschte Untersuchungen

Pneumologische Beurteilung

Somnologische Abklärung

OSAS-Abklärung

Andere:

Bericht

Per E-Mail an:

Berichtskopie an:

Briefpost an (Adresse):

Zuweisende/r Ärztin/Arzt

Datum

Stempel und Unterschrift