An:

Atmungstherapie Medizinische Klinik I; Lungenzentrum

Telefax-Nr.: 0461/816-2073

Seitenzahl gesamt:

 Flensburg,

**Patientenanmeldung**

Wir bitten um Terminvergabe zur

 Einleitung einer Heimbeatmungstherapie

 zur Überprüfung der Indikation für eine Heimbeatmuung

 zur Überprüfung der Indikation für eine Heimsauerstofftherapie

Name:

Geb-Datum:

Adresse:

Telefon:

Krankenkasse:

Diagnose:

Durchgeführte Diagnostik:

BGA: pH: \_\_\_; pCO2: \_\_\_; pO2:\_\_\_

Polygraphie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; AHI: \_\_\_\_\_

Mitgegebene Unterlagen:

Mit freundlichen Grüßen,

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

( Unterschrift; Praxisstempel)

Terminvergabe durch Atmungstherapie erfolgt.

Termin stationäre Aufnahme am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen,

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

( Unterschrift Atmungstherapie)