

Stempel des einweisenden Arztes



KERCKHOFF  
KLINIK

Tel:  
Fax:

### Patientenanmeldung im Lungenzentrum

Kerckhoff-Klinik GmbH

Lungenzentrum

Benekestr. 2-8

61231 Bad Nauheim

**Tel: 06032 996 2479 / 2486**

**Fax: 06032 996 2478**

**E-Mail: [lungenzentrum@kerckhoff-klinik.de](mailto:lungenzentrum@kerckhoff-klinik.de)**

Name, Vorname Patient

-----

Geb. Datum Patient

-----

Telefonnummer Patient

-----

Rückruf erbeten

#### Anmeldung zur

Sprechstunde

-----  
 Stationären Aufnahme

**Wichtig: Bitte zum vereinbarten Termin alle Befunde, CDs und, wenn vorhanden, den aktuellen Medikamentenplan mitbringen!**

**Hauptdiagnose / aktuelle Beschwerden (bitte aktuellen Befund beilegen):**

**Fragestellung / Bemerkung:**

**Wie soll Ihr Patient über den Termin informiert werden?**

- Sie möchten den Patient selbst über den Termin in Kenntnis setzen.
- Der Patient soll durch unser Sekretariat über den Termin in Kenntnis gesetzt werden.

Vermerk (wird vom Lungenzentrum ausgefüllt)

Termin zur Sprechstunde am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

Termin zur Stationären Aufnahme am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

Zuweiser informiert am \_\_\_\_\_ Patient informiert am \_\_\_\_\_