



Lu-Tx Koordination

Fon: 0201/433-4632 oder -4868
Fax: 0201/433-1406

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Kolo-/ Gastrokopie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Impfpass Aktualisierung | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben die/den Patientin/en in Rahmen der Vorsorge bzw. krankheitsbezogener Kontrolle untersucht und wir bitten um eine Stellungnahme hinsichtlich der folgenden Punkte.

Gibt es Abhaltungen zur Lungentransplantation:

- Ja, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich Abhaltungen (bitte ausführliche Beschreibung)
Abhaltungen Beispiele: chronische Entzündung(en) / Tumorhinweis etc.
- Ja, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich **vorläufig** Abhaltungen (siehe Termin Wiedervorstellung)
Abhaltungen Beispiele: akute Entzündung(en) / sanierungspflichtiger Zahnstatus / Folgeimpfungen etc.
- Nein, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich keine Abhaltungen

Befunddatum: _____

Behandelnde(-r) Ärztin/Arzt: _____
Druckschrift / Unterschrift mit Stempel

Wiedervorstellung: Nein Ja, Termin am: _____