

dringende Patientenmeldung

Lungenpraxis Simmern Roland Gerigk

Holzbacher Straße 3 55469 Simmern
KIM: Lungenarzt-Gerigk.KVRLP@kv.dox.kim.telematik
Email: info@lungenpraxis-simmern.de
Fax: 06761 5036
BSNR: 472090800

Termin-
rückmeldung
per....
(ankreuzen)

Absenderpraxis

Telefonnummer

LÄNR

KIM:

Email:

Fax:

BSNR

betrifft Patient:	Name:	<input type="text"/>
	Vorname:	<input type="text"/>
	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	Kasse	<input type="text"/>
	VKNR	<input type="text"/>
	Telefonnummer (bevorzugt mobil):	<input type="text"/>
	Email:	<input type="text"/>

Grund der Akut-Überweisung:	Termin
<input type="checkbox"/> Verschlechterung COPD/Asthma	<input type="checkbox"/> So schnell wie möglich
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Innerhalb 2 Wochen
<input type="checkbox"/> Nachsorge nach stationärem Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Innerhalb 4 Wochen
<input type="checkbox"/> Probleme beim Heimbeatmung	<input type="checkbox"/> Innerhalb 3 Monaten
<input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>	

Mit der Übersendung bestätigen Sie, dass der Patient informiert und einverstanden ist mit der Übermittlung an, mit der Speicherung und mit der Bearbeitung seiner Daten durch die Lungenpraxis Simmern.

Rückantwort:	
Der Termin ist eingeplant um:	am: <input type="text"/>
Der/die Patient/in wurde per <input type="text"/>	informiert.
<i>Auf weiter gute Zusammenarbeit Das Praxisteam der Lungenpraxis Simmern</i>	

