

<b>ABSENDER</b>
Praxis / Krankenhaus _____
Ansprechpartner _____
Telefonnummer _____

**Patientenanmeldung Thoraxchirurgie UKSH Kiel**

<b>Patientendaten</b>	
Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Telefonnummer _____

**Ambulante Vorstellung**

**Stationäre Übernahme**

**Privatpatient**

<u>Diagnose / Fragestellung</u>
---------------------------------

<b>Bemerkungen</b>
--------------------

**Bitte Befunde beifügen.**

