

**ANMELDUNG / ANFRAGE TERMIN**  
SCHWERPUNKTPRAXIS FÜR LUNGEN- UND BRONCHIALHEILKUNDE (SPP)  
**MEERBUSCH BSNR 242936500**

**FAX 02132-91 45 025**

**E-Mail**

**meerbusch@lunge-allergie.de**

Zentrale Meerbusch

Tel. 02132-933 85 0

Privatsprechstunde Meerbusch

Tel. 02132-933 85 20

In dringenden Angelegenheiten ist Montag bis Donnerstag 8:00-18:00 Uhr (Freitag bis 14:00 Uhr) ein **Arzt** der SPP für andere **Ärzte** unmittelbar über die **Doc2Doc**-Hotline erreichbar: Tel: 02132-914 5024

Bitte nachfolgende Angaben soweit möglich bearbeiten, um eine zeitnahe und optimal vorbereitete Einbestellung/Behandlung zu unterstützen.

**Wir werden den Patienten in jedem Fall kurzfristig zur Terminvereinbarung kontaktieren.**

**DRINGLICHKEIT**

AKUT (1-4 Tage)  DRINGLICH (bis 14 Tage)

(Bitte Überweisung HA-Vermittlungsfall mitgeben/beilegen und EBM 03008 mit unserer BSNR abrechnen)

ELEKTIV

**BEHANDLUNGORT**

SPP MEERBUSCH

Dorfstr.26 in 40667 Meerbusch

**FACHBEREICH**

PNEUMOLOGIE  ALLERGOLOGIE  SCHLAFMED.

Ggf. weitere Angaben (ggf. Mehrfachnennung)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe  | <input type="checkbox"/> Husten                 | <input type="checkbox"/> Röntgen-Thorax                        | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie      |
| <input type="checkbox"/> Pleuraerguß  | <input type="checkbox"/> BGA                    | <input type="checkbox"/> Spiroergometrie                       | <input type="checkbox"/> Allergietest       |
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> COPD                   | <input type="checkbox"/> Z.n. COVID-19                         | <input type="checkbox"/> Lungen-RH/BC       |
| <input type="checkbox"/> Lungenfibrose  | <input type="checkbox"/> DMP-Schulung           | <input type="checkbox"/> O2-Heimtherapie                       | <input type="checkbox"/> HistaminIntoleranz |
| <input type="checkbox"/> Insektengiftallergie   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallerg.  | <input type="checkbox"/> Tauchtauglichkeitsuntersuchung (IGeL) |   |
| <input type="checkbox"/> CPAP-Probleme (Maskensprechstunde)   | <input type="checkbox"/> Polysomnographie (PSG) | <input type="checkbox"/> Polygraphie (PG)                      |   |
| <input type="checkbox"/> Verordnung UKPS bei CPAP-Intoleranz (bitte relev. Befunde – z.B. Brief/PSG - mitgeben) |   |  |   |

**SONSTIGES** (z.B. Behandlungsauftrag, Rückrufbitte, Befundanfrage etc.):

**PATIENT**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Tel./Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

**ZUWEISER** (bitte Stempel)