

Schulungsverein Bremer Ostärzte e.V.

Fax (0421) – 408 - 2305
Tel (0421) – 408 - 2516

Adressfeld wie bei Rezept bedruckbar

c/o Brandt

priv. Tel. d. Pat.

An den Schulungsverein
Bremer Ostärzte
Fax 0421-408-2140

Schulungstermin: _____

Anmeldung zur Schulung

Asthma

COPD

Diagnose bekannt sei ca: _____

Lungenfunktion: VK (Soll:)

FEV1: (Soll:)

Allergie ja nein

rel. FEV1:

Anfälle selten häufig

resp. Insuffizienz ja nein

Peakflow vorhanden nicht vorhanden

O2-LZ-Therapie ja nein

Aktuelle pulmonale Medikamente mit Dosierung und Häufigkeit der Einnahme

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Terminwünsche: nachmittags abends Wochentag: _____

Ich entbinde die Praxis _____ von der Schweigepflicht. Diese Entbindung gilt nur für die Übermittlung meiner oben genannten Daten an den Schulungsverein für die Terminplanung und die Abrechnung mit der Praxis. Mit einer schriftlichen Einladung zur Schulung und ggf. telefonischen Rückfragen bin ich einverstanden.

Bremen, den

Unterschrift Patient

Praxisstempel

Vorstand:

Dr. Jan Völker, Internist, 1. Vorsitzender
Dr. Oliver Müssig, Internist, 2. Vorsitzender
Helmut Golke, Pneumologe, Schatzmeister
Dr. Henning Orthlepp, Internist, Schriftführer
Dr. Ulrike v. Rolbicki, Allgemeinm., Beisitzerin
Rainer Frenzel, Internist, Beisitzer

Bankverbindung:

IBAN DE07300606010005893461
BIC DAAEED3333
Apotheker- und Ärztebank Bremen

Sitz:

Züricher Str. 40, 28325 Bremen
Fon: 0421 - 408 2516
Fax: 0421 - 408 2305
Email: oliver.muessig@klinikum-bremen-ost.de
Homepage: www.diabetesschulung-bremen.de