

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
**Pädiatrische Hämatologie
und Onkologie**

Telefon: 0761 270-45200
Telefax: 0761 270-46160

Name, Vorname, Straße, Wohnort der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Kassen-Nummer _____ Versicherten-Nummer _____ Status _____

Betriebsstätten-Nummer _____ Arzt-Nummer _____ Datum _____

Telefonnummer der Familie: _____

Praxisstempel

Anmeldende Ärzt*in:

Telefon: _____

Fax: _____



Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

Terminanmeldung durch überweisende Ärzt*in Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, CCI, Hämostaseologie und Vorsorgesprechstunde für junge Erwachsene nach Krebserkrankung

Folgende Sprechstunde betrifft Ihre Anfrage:

- Onkologie Hämatologie CCI, Immunologie
 Hämostaseologie Junge Erwachsene nach Krebserkrankung
 Erstvorstellung (wegen dieser Problematik) Kontrolltermin

Dringlichkeit:

- eilig Begründung: _____
 regulär (innerhalb von 2-8 Wochen)

Überweisungsgrund / Fragestellung (Welche Untersuchungen erwarten Sie?)

Beiliegende Unterlagen:

- Arztbriefe Bildgebung
 Labor (inkl. Serologie, Impf-AK) Überweisungsschein (für CCI 2 Ü-Scheine)

Unbedingt zu dem Termin mitbringen

- ▶ U-Heft bei Vorsorgesprechstunde: Unterlagen zur erhaltenen Therapie
▶ Impfpass ggf. Arztbriefe, Laborergebnisse, CD mit Bildgebung

Terminmitteilung (wird vom ZKJ ausgefüllt)

Termin am: _____ um: _____ in o. g. Ambulanz (bitte ca. 20 min. für Anmeldung einplanen!)

an zuweisende Ärzt*in (per Fax) an Patient*in (Familie) per Brief am: _____

telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): _____