

# Anmeldebogen für die Sprechstunde für vaskuläre Malformationen und Tumore (VasMuT)

Universitätsklinikum Freiburg  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinik für Pädiatrische Hämatologie u. Onkologie  
Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. Charlotte Niemeyer  
Leiter der Sprechstunde: Dr. Friedrich Kapp  
Mathildenstr.1, 79106 Freiburg  
Tel: 0761 / 270 -45200 Fax: -46160  
Email: [zkj.gefaessfehlbildungen@uniklinik-freiburg.de](mailto:zkj.gefaessfehlbildungen@uniklinik-freiburg.de)

<p><i>Bitte hier aufkleben:</i></p> <p>Patientenetikett mit Namen, Geburtsdatum, Krankenkasse, Hauptversichertem, Versicherungsnummer und Status</p>	<p>Persönliche Vorstellung des Patienten in der VasMuT-Sprechstunde gewünscht?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein (nur Besprechung in Konferenz)</p> <p>Verlaufskontrolle / in VasMuT bekannter Patient?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Abrechnung</p> <p><input type="checkbox"/> Überweisungsschein    <input type="checkbox"/> Rechnungsstellung</p>
--	--

### (Verdachts-)Diagnose und Lokalisation:

- venöse Malformation
- lymphatische Malformation
- arteriovenöse Malformation
- Überwuchersyndrom
- andere (bitte spezifizieren)

Lokalisation:

### Fragestellung:

### Dringlichkeit:

- eilt

### Beigelegte Unterlagen (Beurteilung sonst nicht möglich):

- Bildgebung (MRT, CT, ...); nach Möglichkeit nicht älter als 6 Monate
- Patientenfotos
- Arztbriefe

### Einsendende Klinik (Stempel):

Bitte freilassen, interne Notizen

### Einsendender Arzt / Befundempfänger:

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen:

**Email:**

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_