

Krankenkasse bzw. Kostenträger



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Ambulanz

Telefon: +49 761 270-43030

Telefax: +49 761 270-44730

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten Geburtsdatum

Kassen-Nummer Versicherten-Nummer Status

Betriebsstätten-Nummer Arzt-Nummer Datum

Telefonnummer der Familie

Praxisstempel

Anmeldender Arzt:

Telefon: (alternativ Praxisstempel) Fax:

Praxisstempel

Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

Terminanmeldung Ambulanz ZKJ

Überweisungsgrund / Fragestellung

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik) Kontrolltermin

Vorbefunde (U.-Heft, Impfpass, Labor, aktuelle Medikation, Symptom "Kalender", Sonstiges) keine Vorbefunde

Gewünschte pädiatrische Sprechstunde

Allgemeine Pädiatrie (Fax: 44730)

- Allgemeinpädiatrie
- Entwicklungsdiagnostik (inkl. FG-Nachsorge)
- Gastroenterologie / Hepatologie
- Infektiologie / HIV / TBC
- Pneumologie / Allergologie / CF
- Rheumatologie
- Ultraschall
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Eigene Terminvergabe

- Endokrinologie / Wachstum (Tel: 44820/Fax: 44140)
- Adipositas / Fettstoffwechsel (Tel: 44820/Fax: 44140)
- Stoffwechsel / Diabetes (Tel: 44820/Fax: 44140)
- Skelettdysplasie (Tel: 43630/Fax: 44710)
- Nephrologie (Tel: 45310/Fax: 45300)
- Psychologie (Tel: 43390/Fax: 44700)
- Pädiatrisches Kinderschutzzentrum/KiZ (Tel: 44990/Fax: 44999)

Zentrale Terminvergabe

- Bewegungsstörungen / Botox (Tel: 43470/Fax: 45090)
- Muskelsprechstunde (Tel: 43520/Fax: 43500)
- Neuropädiatrie / SPZ (Tel: 43520/Fax: 43500)
- Hämatologie / Onkologie (Tel: 45200/Fax: 46160)
- Hämangiome / vask. Malformationen (Tel: 45200/Fax: 46160)
- Gerinnung (Tel: 45200/Fax: 46160)
- Immunologie / Immunschwäche (CCI) (Tel: 45200/Fax: 46160)

Gewünschter Termin (bei Notfallindikationen jederzeit, Ankundigung per Tel. - "Notfallhandy" oder Fax erwünscht)

Begründung: _____

regulär (je nach Spezialsprechstunde freie Termine erst in einigen Wochen)

Terminmitteilung (wird vom ZKJ ausgefüllt)

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

an zuweisenden Arzt (per Fax) an Patienten (Familie) per Brief am: _____

telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): _____