

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

Anmeldende/r **Ärzt*in**: _____

Telefon: (alternativ Praxisstempel) _____
Fax: _____

Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

Terminanmeldung Allgemeine Pädiatrie 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)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpädiatrie | <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie / Hepatologie | <input type="checkbox"/> Endokrinologie / Wachstum | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie / HIV / TBC | <input type="checkbox"/> Adipositas / Fettstoffwechsel | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie / Allergologie / CF | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> _____ |

Eigene Terminvergabe

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nephrologie | (Tel: 45350/Fax: 45390) |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | (Tel: 43390/Fax: 44700) |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrisches Kinderschutzzentrum/KiZ | (Tel: 44990/Fax: 44999) |
| <input type="checkbox"/> Genetik (Dr. Lausch) | (Tel: 43630/Fax: 44710) |

Gewünschter Termin (bei Notfallindikationen jederzeit, Ankündigung 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 zuweisende/n Ärzt*in (per Fax) an Patient*in (Familie) per Brief am: _____

telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): _____