

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____



UNIVERSITÄTS
FREIBURG · BAD KROZINGEN
HERZZENTRUM

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Ambulanz

Telefon: +49 761 270-43170

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} _____
Fax: ^{Praxis-} _____
^{stempel}) _____

Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

Terminanmeldung für Angeborene Herzfehler Pädiatrische Kardiologie

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)

- Kinderkardiologie: _____
 Marfan Sprechstunde
 Transplant Sprechstunde
 Schrittmacher Sprechstunde
 Herzultraschall Sprechstunde
 EKG: _____
 Belastungsuntersuchung
 Herzkatheter Untersuchung

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): _____