

Anmeldung zur Erstvorstellung in der Hochschulambulanz Pädiatrische Hämatologie

Bitte per Fax an: 0731 500 - 57334

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

dieses Formular soll dazu dienen, die Terminvereinbarung für Ihren Patienten / Ihre Patientin zu erleichtern, mögliche längere Wartezeiten bei telefonischer Anmeldung zu vermeiden sowie unsererseits auf der Basis der darin enthaltenen Informationen die Dringlichkeit der Vorstellung besser einschätzen zu können. Wir hoffen, dass sich der Aufwand, dieses Formular auszufüllen, für Sie und Ihre Patienten lohnt. Selbstverständlich können alternativ weiterhin die untenstehenden Kontaktdaten (Telefon und Emailadresse) für die Anmeldung genutzt werden. Vielen Dank!

Patient: Name, Vorname Geburtsdatum			
Telefon Email-Adresse			
Grund der Überweisung			
Bereits durchgeführte relevante Untersuchungen	Blutbild Sonstige:	Klinische Chemie	Hämoglobinanalyse
Relevante Befunde und Diagnosen (evtl. Befundkopien mitschicken)			
	Positive Familienanamnese?	ja	nein
Aktuelle Medikamente			
An wen soll die Terminmitteilung erfolgen?	an Einweiser	an Patient/Familie per Telefon per Email per Post	
<i>Falls abweichend von oben, bitte ggf. hier Kontaktdaten eingeben!</i>			
Überweisender Arzt: Name, Anschrift mit Tel.-Nr. / E-Mail für Rückfragen (ggf. Praxis-Stempel)			