

EXTERNER ANMELDEBOGEN Kinder-Kontinenzzentrum Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess

Fax: 0421-4971976359

Email: Kinderkontinenz@gesundheitnord.de

Anmeldende/r Ärzt:in: _____ Telefon für Rückfragen: _____

Datum der Anmeldung: _____ **Abteilung** _____

Terminwunsch Ihrerseits: eilig (< 2 Wo) dringlich (< 4 Wo) nicht eilig (nä. freier Termin)

Achtung: Die Einschätzung der Dringlichkeit kann von den Klinikfachärzten durchaus anders ausfallen !

PATIENTENNAME: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Telefon:** _____

Telefon mobil: _____ **e-mail:** _____

ADRESSE: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Versichertenstatus GKV PKV Chefarztwahl: ja nein

(Verdachts)-Diagnosen: _____

**Fragestellungen
/Arbeitsauftrag:**

Medikamente: _____

Allergien/Besondere Ernährung/bes. Pflegebedarf _____

Sonstiges: _____

Frühere stat. Aufenthalte? Wo? _____

Gibt es alte Arztbriefe/Rö.-Bilder? Was? Werden sie mitgebracht? _____

Ich bestätige, dass die Sorgeberechtigten mit der Weitergabe der Patienten-Daten einverstanden sind.

Datum: Unterschrift anmeldende/r Ärzt:in.....