

FAXANMELDUNG**bitte faxen an: 0385 520 2676**

Patientendaten	 Helios Kliniken Schwerin Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Chefarzt: PD Dr. med. Claudius Werner Tel+49 385 520 2660 Fax +49 385 520 2676
Telefon: <input style="width: 400px;" type="text"/>	

Diagnosen:	<input style="width: 880px; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 880px; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 880px; height: 20px;" type="text"/>

Vorstellungsgrund:	<input style="width: 780px; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 780px; height: 20px;" type="text"/>

Terminwunsch:	<input style="width: 780px; height: 20px;" type="text"/>
----------------------	--

Gewünschter Bereich (bitte ankreuzen)	Ambulanz <input type="checkbox"/>	Tagesklinik <input type="checkbox"/>	elektiv stationär <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------------	--

Falls Ambulanz (bitte entsprechende Ambulanz ankreuzen):			
Endokrinologie/ <input type="checkbox"/>	Pneumologie <input type="checkbox"/>	Neuropädiatrie/EEG <input type="checkbox"/>	Stoffwechsel- <input type="checkbox"/>
Diabetologie <input type="checkbox"/>	Mukoviszidose <input type="checkbox"/>	Kardiologie <input type="checkbox"/>	erkrankungen <input type="checkbox"/>
Nephrologie <input type="checkbox"/>	PCD (primäre ciliäre <input type="checkbox"/>	Hämatologie/Onkologie <input type="checkbox"/>	Genetik <input type="checkbox"/>
Gastroenterologie <input type="checkbox"/>	Dyskinesie) <input type="checkbox"/>		Sonographie <input type="checkbox"/>

Rückmeldung bitte an:	Patient <input type="checkbox"/>	Praxis <input type="checkbox"/>	Fax Praxis <input type="checkbox"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
			Tel. Praxis <input type="checkbox"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>

Sie können unsere Vorbereitungen mit kurzen klinischen Informationen über das Kind und seine bisherige Entwicklung sowie etwaige schon vorhandene auswärtige Befunde unterstützen. - Bitte geben Sie zum Termin einen entsprechenden Überweisungsschein (ambulant)/Einweisungsschein (stationär) mit.

Von Mitarbeiter/-in der Kinderklinik auszufüllen:

Termin am: _____ in: _____
 Ambulanz/Station informiert
 Termin eingetragen
 Termin mitgeteilt an Patient/ Praxis am: _____

Unterschrift:

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes