

EXTERNER ANMELDEBOGEN ELTERN-KIND-Zentrum Prof. Hess

Bereich Tagesklinisch (TK2) stationär

Anmeldender

Kinderarzt: _____ Telefon für Rückfragen: _____

Datum der Anmeldung: _____ **Abteilung** _____

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

PATIENTENNAME: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Telefon:** _____

(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? _____

Sorgeberechtigte mit Faxversand der Patienten-Daten einverstanden

Datum:

Unterschrift