



"Eilfax" - Faxanfrage eiliger Ambulanztermin

ausschließlich für ärztliche Zuweiserinnen und Zuweiser !

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Direktor: Prof. Dr. med. Horst Schrotten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kontaktdaten (Telefon, E-Mail):

1 sehr dringlich (kein relevanter zeitlicher Aufschub, im Zweifel via Notfallambulanz)

2 relativ dringlich (Zeitreserve von 1–2 Wochen)

3 einigermaßen dringlich (wenn möglich, innerhalb von 4-6 Wochen)

<input type="checkbox"/> Allergologie <input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Infektiologie	Fax: 0621-383-73-1111	<input type="checkbox"/> EEG-Ambulanz <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Entwicklungsneurologie	Fax: 0621-383-73-1114
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie/Hepatology <input type="checkbox"/> Atemtests Laktose/Fruktose etc.	Fax: 0621-383-73-1112	<input type="checkbox"/> Hämatologie <input type="checkbox"/> Onkologie	Fax: 0621-383-73-1115
<input type="checkbox"/> Endokrinologie <input type="checkbox"/> Diabetologie	Fax: 0621-383-73-1113	<input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> HIV / Immunologie	Fax: 0621-383-73-1116

Diagnose/Fragestellung/Behandlungsauftrag:

Relevante Befunde/Zusatzinformationen:

Anlage:

Praxisstempel, Unterschrift

Patient/Eltern mit Fax-Übermittlung einverstanden