

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kassen-Nummer \_\_\_\_\_ Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_ Arzt-Nummer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Familie \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Anmeldende/r Arzt\*in: \_\_\_\_\_

Telefon: (alternativ Praxisstempel) \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Datenschutzvereinbarung wurde unterschrieben

## Terminanmeldung Allgemeine Pädiatrie KJK

### Überweisungsgrund / Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)  Kontrolltermin

**Vorbefunde** (U.-Heft, Impfpass, Labor, aktuelle Medikation, Symptom "Kalender", Sonstiges)  keine Vorbefunde

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gewünschte pädiatrische Sprechstunde

#### Allgemeine Pädiatrie (Fax: 0761-270-9643366)

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpädiatrie              | <input type="checkbox"/> Ultraschall                   | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie / Hepatologie | <input type="checkbox"/> Endokrinologie / Wachstum     | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie / HIV / TBC       | <input type="checkbox"/> Adipositas / Fettstoffwechsel | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie / Allergologie / CF | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel                  | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> _____ |

#### Eigene Terminvergabe

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nephrologie                           | (Tel: 43075/Fax: 45390) |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrisches Kinderschutzzentrum/KiZ | (Tel: 43059/Fax: 44999) |
| <input type="checkbox"/> Genetik (Dr. Lausch)                  | (Tel: 43572/Fax: 44710) |

### Gewünschter Termin (bei Notfallindikationen jederzeit, Ankündigung per Tel. - "Notfallhandy" oder Fax erwünscht)

Begründung: \_\_\_\_\_

regulär (je nach Spezialsprechstunde freie Termine erst in einigen Wochen)

### Terminmitteilung (wird vom KJK ausgefüllt)

Termin am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ in o. g. Ambulanz (bitte ca. 20 min. für Anmeldung einplanen!)

- an zuweisende/n Arzt\*in (per Fax)  an Patient\*in (Familie) per Brief am: \_\_\_\_\_  
 telefonisch (nur in Ausnahmefällen, Begründung): \_\_\_\_\_

