Klinikum Bad Hersfeld
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Anmeldung zur stationären Diagnostik

per Fax an 06621/88-1730

Patientendaten: _____
Name

_____
Geburtsdatum

_____
Telefonnummer

ggf. Adressaufkleber

(Verdachts-)Diagnose: _____

Symptome: _____

_____

Vorbefunde: _____

_____

Es wird um (im ambulanten Rahmen mögliche) Vordiagnostik gebeten. Vorbefunde bitte anhängen/mitschicken!

Gewünschte Diagnostik:

☐ Ultraschall: _____
☐ MRT: _____
☐ CT: _____
☐ Labor: _____
_____

☐ ÖGD ☐ Koloskopie
☐ EKG ☐ Langzeit-EKG
☐ Konsile: _____
☐ Sonstiges: _____
_____

Gewünschter Termin/Zeitraum: _____

Wie soll die Kontaktaufnahme zum Patienten erfolgen?
☐ direkt per Post/Telefon
☐ über den Kinderarzt/Hausarzt

Wer meldet den Patienten an?

Name/Stempel

Vielen Dank. Bei Fragen wenden Sie sich bitte gern über das Sekretariat (Tel. 06621/88-922575 oder -1726) an die diensthabenden Oberärzte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr Team der Kinderklinik Bad Hersfeld