

FAXANMELDUNG
Sozialpädiatrisches Zentrum

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Allgemeine Pädiatrie
Univ.-Prof. Dr. med. Heymut Omran
Direktor

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster
T +49 251 83-47710
F +49 251 83-47711
kinderpoliklinik@ukmuenster.de
www.ukm.de

Patientendaten

Name Vorname

Telefon

diensthabender Arzt

Diagnose/Verdachtsdiagnose
Überweisungsgrund/Fragestellung
Terminwunsch: eilig <input type="checkbox"/> Begründung: _____ regulär <input type="checkbox"/> (je nach Spezialprechstunde freie Termine erst in einigen Wochen)

<p>Gewünschte Sprechstunde</p> <p><input type="checkbox"/> chronische neurologische Erkrankungen (Prof. Omran, Dr. Fiedler, Dr. Schwartz)</p> <p><input type="checkbox"/> psychosomatische Ambulanz (Dr. Monninger) Komplex-Ambulanz (Dr. Keßler)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische gastroenterologische Erkrankungen (Dr. Bettels, Dr. Kaiser)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische endokrinologische Erkrankungen (Dr. Dübbers, Dr. Oesingmann-Weirich) Ambulanz für seltene Erkrankungen (bis 18 Jahre, Prof. Rutsch)</p> <p><input type="checkbox"/> Stoffwechselambulanz (Prof. Marquardt, Prof. Rutsch) chronische Lungenerkrankungen + primäre ciliäre Dyskinesie (Dr. Große-Onnebrink, Prof. Omran)</p> <p><input type="checkbox"/> Kinderschutzambulanz (Prof. Omran, Dr. Bettels, Dr. Fiedler, Dr. Monninger)</p> <p>Rückmeldung bitte an: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Telefonkonferenz erwünscht</p> <p>Bemerkungen: _____</p> <p>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 SPZ-Überweisungsschein (vom Kinderarzt auszustellen) mit.</p> <p>Von Mitarbeiter/-in der Kinderklinik auszufüllen:</p> <p>Termin am: _____</p> <p>in: _____</p> <p>Termin mitgeteilt an <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Praxis am</p> <p>Unterschrift _____</p>	<p>Sozialpädiatrische Diagnostik/Beratung</p> <p><input type="checkbox"/> sozialrechtlicher Beratungsbedarf</p> <p><input type="checkbox"/> motorische Entwicklungsdiagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> neuropsychologische Testung (> 6 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> heilpädagogische Diagnostik (< 6 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> logopädische Diagnostik</p>
--	--