

Anfrage per Mail an kinderambulanz@med.uni-greifswald.de oder per Fax an 03834/86-3815

Fragebogen Terminanfrage für Kinder- und Jugendliche mit endokrinologischen Fragestellungen (bitte Vorbefunde, z.B. Blutwerte und Perzentilen mitschicken)

Datum der Anfrage:

Verdachtsdiagnose:

Name der Eltern / Sorgeberechtigten Person:

Größe der Mutter:

Größe des Vaters:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe für Rücksprachen):

Anschrift:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Kinderarzt:

Ist ihr Kind bereits in regelmäßiger Behandlung an der UMG?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, wo:

War ihr Kind bereits in endokrinologischer Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, warum (bitte Vorbefunde mit senden):

Hat ihr Kind Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, welche:

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, welche?

Interne Dokumentation:

Bitte Termin vereinbaren für:

Termin am:

Mitgeteilt von/am: