

Terminanfrage für die Kinder-Stoffwechselambulanz des UKD

Kontaktaufnahmemöglichkeiten

- Faxnummer: 0211- 81-19512
- E-Mail: ksw@med.uni-duesseldorf.de

Nach Durchsicht der übermittelten Unterlagen werden wir mit dem Patienten einen Termin vereinbaren.
Akute Notfälle können über die ärztlichen Kollegen des Stoffwechselteams (0211-81-17663) oder das ärztliche Einweiser-Telefon (0211-81-08666) angemeldet werden.

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. E. Mayatepek

Tel.: (0211) 81-17640
Fax: (0211) 81-18757

Moorenstr. 5
D-40225 Düsseldorf

Allgemeine Pädiatrische Ambulanz

Termine: (0211) 81-17702
Fax: (0211) 81-19512

Allergologie

Termine: (0211) 81-18297

Kinder-Diabetologie

Termine: (0211) 81-17702

Kinder-Endokrinologie

Termine: (0211) 81-17702

Kinder-Gastroenterologie

Termine: (0211) 81-17702

Infektiologie

Termine: (0211) 81-17702

Kinder-Kardiologie

Termine: (0211) 81-17671

Neuropädiatrie

Termine: (0211) 81-16431

Kinder-Pneumologie

Termine: (0211) 81-18297

Stoffwechsel

Termine: (0211) 81-17702

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Termine: (0211) 81-16431

Zentrale

(auch außerhalb der Dienstzeiten)

Tel.: (0211) 81-17687

Station KK01

Tel.: (0211) 81-17696
Fax: (0211) 81-19276

Station KK02

Tel.: (0211) 81-17661
Fax: (0211) 81-19292

Station KK03

Tel.: (0211) 81-17689
Fax: (0211) 81-19278

Früh- und Neugeborenenstation

Tel.: (0211) 81-17658
Fax: (0211) 81-19786

Neonatologische und Pädiatrische Intensivstation

Tel.: (0211) 81-17716
Fax: (0211) 81-18549

Webseiten der Klinik

www.uniklinik-duesseldorf.de/paediatric

Zuweiser (Klinik/Kinderarzt): _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Faxnummer für Rückantwort: _____

Datenschutz: Ich bestätige das Einverständnis des Patienten/Sorgeberechtigten zum Austausch von persönlichen und medizinischen Daten mit dem UKD zum Zwecke der Terminkoordination durch UKD

per Telefon per Fax per E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte oder Praxis/Zuweiser _____

Name / Geburtsdatum Patient: _____

Telefonnummer Patient für Terminabstimmung: _____

Klinisches Problem/Fragestellung:

Bisher erfolgte Diagnostik:

Bearbeitung UKD: Termin Datum: _____ Uhrzeit: _____

Notizen: _____

Ggf. Rückmeldung an Zuweiser:

- Terminvorschlag wurde durch uns an die Familie rückgemeldet.
- Familie war für von uns leider mehrfach nicht erreichbar, daher bitten wir um Information der Familie durch Sie (falls der Termin nicht wahrgenommen werden kann, bitten wir um entsprechende Rückmeldung per Fax und/oder telefonische Rücksprache unter **0211-81-17702**).

Vorstellung in der KA01-Ambulanz:

Erdgeschoss der Kinderklinik.

Bitte unbedingt 30 min vor dem Termin hier sein für Anmeldung.

Bitte mitbringen:

Vorbefunde (z.B. Neugeborenen-Screening), gelbes Untersuchungsheft, bei gesetzlich Versicherten gültige Überweisung für das aktuelle Quartal und Versichertenkarte, ggf. Dolmetscher bei Sprachbarriere.

Bitte zusätzlich beachten/mitbringen:
