|  |
| --- |
| Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie |
|  |

|  |
| --- |
| 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/paediatrie](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/paediatrie) |

**Terminanfrage für die Kinder-Stoffwechselambulanz des UKD**

**Kontaktaufnahmemöglichkeiten**

* Faxnummer: **0211- 81-19512**

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.

**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:**

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

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

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

*Bitte eventuelle Vorbefunde etc. beilegen/mitfaxen!*

**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:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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**).