|  |
| --- |
| **Checkliste Terminvereinbarung in der endokrinologischen Ambulanz für alle Erstvorstellungen** |
| Patientenname: |  | Praxisstempel |
| Geburtsdatum: |  |
| Telefonnummer des Patienten: |  |
| Adresse des Patienten: |  |
| E-Mail-Adresse des Patienten: |  |
| Krankenversicherung: |  |
| Zuweisender Arzt (mit Telefon- und Faxnummer): |  |
| **Grund der Vorstellung:** Erkrankung der: |
| **Schilddrüse** | **Nebenschilddrüse** | **Nebenniere** | **Hypophyse** |
| **Gonaden** | **Knochen** | Sonstiges (bitte nennen): |
| **Verdachtsdiagnose:** |
| **Dringlichkeit:**regulärer Termin (Wartezeit i.d.R. 2 – 4 Monate)dringender Termin (innerhalb 2 – 4 Wochen), bitte Begründung!: Notfall, bitte um telefonische Rücksprache: |
| **BITTE LABORWERTE/VORBEFUNDE (wenn vorhanden) FAXEN – WICHTIG FÜR DIE TERMINVEREINBARUNG!** |
| **Kurze Anamnese** |  |
| **Aktuelle Medikamente** |  |
| **Fragestellung** | *(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt; gerne auch Arztbrief / weitere Unterlagen mitfaxen):* |
| Vielen Dank für die Anfrage.Unser Team wird sich mit dem Patienten in Verbindung setzen. |
| ***Termin (von unserer Ambulanz auszufüllen):*** |