

Patient

**FAX-Anmeldung**  
Universitätskinderklinik Magdeburg  
Hochschulambulanzen  
Allgemeine Pädiatrie  
**FAX: 0391-67290358**  
telefon. Rückfragen: 0391-6724000

**Absender:  
Praxisstempel**

**Faxnummer für Rückantwort**  
zwingend erforderlich

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergol./Pulmologie | <input type="checkbox"/> Nephrologie          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie / EEG |
| <input type="checkbox"/> Frühgeborene         | <input type="checkbox"/> Rheumatologie        |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie    | <input type="checkbox"/> Sonographie          |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie          | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel         |

**Datum der Anmeldung:** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| (bitte Sprechstunde ankreuzen)

**Vorstellung wegen:**

**Fragestellung:**

**bisherige relevante Befunde:**

**Dringlichkeit der Vorstellung:**  sofort  1-2 Wochen  1 Monat

---

## Antwortfax zur Terminvergabe

(nachträgliche Terminänderungen sind natürlich telefonisch möglich)

	Datum	Uhrzeit
<input type="checkbox"/> <b>ambulant (mit Überweisungsschein)</b> Anmeldung am Tresen Unikinderklinik	_ _   _ _   _ _	_ _   _ _
<input type="checkbox"/> <b>stationär (mit Einweisungsschein) *</b> Anmeldung am Tresen der Unikinderklinik	_ _   _ _   _ _	_ _   _ _

\* unverbindliche Empfehlung, insofern die Indikation zur stationären ggf. auch nur vorstationären Behandlung vom niedergelassenen Arzt gestellt wird.

**folgende Befunde bitte mitbringen:**

**Datum**

**Unterschrift**