

Patient

FAX-Anmeldung

Universitätskinderklinik Magdeburg

Ambulanz

Hämatologie/Onkologie/Hämostaseologie

FAX: 0391-67 290 360

telefon. Rückfragen: 0391-6724103

**Absender:
Praxisstempel**

Faxnummer für Rückantwort

zwingend erforderlich

Datum der Anmeldung: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Vorstellung wegen:

Fragestellung:

bisherige relevante Befunde (keine Kopien):

Dringlichkeit der Vorstellung: sofort 1 Woche 1 Monat

Antwortfax zur Terminvergabe

(nachträgliche Terminänderungen sind natürlich telefonisch möglich)

ambulant (mit Überweisungsschein)

Anmeldung am Tresen Unikinderklinik

Datum

|_|_|_|_|_|_|_|

Uhrzeit

|_|_|_|_|

stationär (mit Einweisungsschein)**

Anmeldung am Tresen Unikinderklinik

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

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

folgende Befunde bitte mitbringen:

Datum

Unterschrift