

Praxisstempel

ukrb
Universitätsklinikum
Ruppin-Brandenburg.



Antrag zur Diagnostik

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche
Chefarzt
Dr. Peter Kroschwald

Telefax: 03391-393709

Bitte diese Information im Vorfeld der gewünschten Diagnostik an die o.g. Faxnummer senden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung Ihr Team der Kinderklinik

stationär <input type="checkbox"/>	vorstationär <input type="checkbox"/>
Patientendaten: Name, Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: Telefonnr:	
Diagnose: Größe: Gewicht:	
Gewünschte Untersuchung: Kardiologische Diagnostik <input type="checkbox"/> Bauchschmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> MRT (Organ) <input type="text"/> Kopfschmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> MCU/Szintigrafie <input type="checkbox"/> Gastro/Colo <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>	
Fragestellung:	
Ggf. gewünschter Termin: Termineinschränkungen:	
Kurzanamnese:	

Datum:

Unterschrift: