



## Fragebogen zur Erstvorstellung in der Allgemeinpädiatrische Ambulanz

Name	_____	Telefonnummer	_____
Vorname	_____	Handynummer	_____
Geburtsdatum	_____	Adresse	_____ _____

*Durch Ärztin bzw. Arzt auszufüllen.*

Grund der Vorstellung / Verdachtsdiagnose(n)

Nebendiagnose(n) / Vorerkrankung(en)

Bereits erfolgte Diagnostik (z.B. Labor, Sonographie, relevante Befunde, Perzentilen in Kopie mitgeben!)

Bisherige Therapie

Ggf. weitere relevante Informationen (Allergien, Medikation, ...)

*Rücksendung des Fragebogens inklusive evtl. vorhandenen Vorbefunden per FAX an:  
07071 / 29 5489*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift