Anmeldebogen zur kinderinfektiologischen Beratung in der Allgemeinpädiatrischen Ambulanz

Universitätsklinikum Tübingen

Primärer Gültigkeitsbereich: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	**Dezentrale Leitlinie**	ID:	Stand: 03/2022

Name		Telefonnummer	
Vorname		E-Mail	
Geburtsdatum		Adresse	

Durch Ärztin bzw. Arzt auszufüllen

Grund der Vorstellung/Verdachtsdiagnosen

Nebendiagnose(n)/Vorerkrankung(en)

Bereits erfolgte Diagnostik (z.B. Labor, Sonographie, relevante mikrobiologische/virologische Befunde)

Bisherige Therapie

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

Rücksendung des Fragebogens inklusive evtl. vorhandenen Vorbefunden per FAX oder E-Mail an:
07071 / 29 5489 *bzw.* ***kinderinfektio@med.uni-tuebingen.de***

Datum | Name/Unterschrift | Telefonnr. für Rückfragen

Speichern | Email senden

Achtung: damit die Funktion "per E-Mail senden" funktioniert muss das pdf-Formular mit dem Adobe Reader geöffnet sein UND es muss ein E-Mailprogramm (zB. Outlook oder Thunderbird) verwendet werden.