Sehr geehrte Damen und Herren,

da es sich um eine Terminanfrage für unsere endokrinologische Ambulanz handelt,

füllen Sie bitte folgendes Formular aus und senden dieses per E-Mail, Fax oder Post zu:

***E-Mailadresse:***

**Kinderklinik.Endokrinologische.Ambulanz@med.uni-heidelberg.de**

***Faxnummer:***

**06221-56-4861**

***Postadresse:***

**Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin**

**z. H. Endoambulanz**

**Im Neuenheimer Feld 430**

**69120 Heidelberg**

**Anmeldeformular für die Ambulanz Pädiatrische Endokrinologie**

**Bitte vollständig ausfüllen!**

**Patient**

Vorname + Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon (privat/mobil):

E-Mail-Adresse:

Versicherungsstatus:

**Anmeldung über**

☐ Kinderarzt / Hausarzt? ☐ Eltern? ☐ Andere?

**Angaben Kinderarzt**

Name:

Adresse:

Telefon:

**Grund der Vorstellung:**

**Auffällige Befunde/Symptome mit Alter oder Datum beim Auftreten dieser Symptome:**

**Wachstum, Elternmaße, Pubertät (bitte eintragen/ankreuzen):**

**SSW:**

**Geburtsmodus:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Datum | Größe (cm) | Gewicht (kg) | Kopfumfang (cm) |
| Geburt / U1 |  |  |  |  |
| U2 |  |  |  |  |
| U3 |  |  |  |  |
| U4 |  |  |  |  |
| U5 |  |  |  |  |
| U6 |  |  |  |  |
| U7 |  |  |  |  |
| U7a |  |  |  |  |
| U8 |  |  |  |  |
| U9 |  |  |  |  |
| U10 |  |  |  |  |
| U11 |  |  |  |  |
| J1 |  |  |  |  |
| J2 |  |  |  |  |
| **Aktuelles Gewicht** |  |  |  |  |
| **Aktuelle****Größe** |  |  |  |  |
| Mutter |  |  |  |  |
| Vater |  |  |  |  |

**Pubertätszeichen (bitte ankreuzen): Alter bei Beginn**

**Mädchen:** Brustentwicklung ja/nein, Schambehaarung ja/nein, Menarche ja/nein, keine

**Jungen:** Schambehaarung ja/nein, Hodenwachstum ja/nein, Genitalwachstum ja/nein, Stimmbruch ja/nein, keine

**Bitte fügen Sie einen Überweisungsschein sowie einen aktuellen Arztbrief und relevante Laborbefunde bei!**

***Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung an folgende E-Mailadresse:***

Kinderklinik.Endokrinologische.Ambulanz@med.uni-heidelberg.de

Vielen Dank.