



Anmeldeformular für die Stoffwechselambulanz

Auf Grund der vielen Anfragen bitten wir Sie, zunächst dieses Formular auszufüllen.

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

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (privat/mobil): _____

Anmeldung über

Kinderarzt / Hausarzt? Eltern? Andere?

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Stoffwechselkrankheit

gesicherte Diagnose: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Auffällige Befunde/Symptome: _____

(Beachte: In der Stoffwechselambulanz behandeln wir hauptsächlich Patienten mit gesicherten Stoffwechselkrankheiten oder mit dringendem Verdacht auf einer angeborene Stoffwechselkrankheit.)

Medikamente: _____

Ihre Frage: _____

Bitte beachten Sie: Die Bearbeitung der Anfrage kann nur mit vorliegendem Überweisungsschein erfolgen!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!