



Liebe Eltern,

Sie möchten ihr Kind bei uns in der endokrinologische Ambulanz vorstellen. Für das damit verbundene Vertrauen bedanken wir uns. Um diesen Termin optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie diesen kurzen Fragebogen auszufüllen und zusammen mit der Überweisung, die der Kinderarzt ausstellt, zuzuschicken. Die Daten zu Gewicht und Größe können Sie dem **gelben Vorsorgeheft** entnehmen (im Zweifel können Sie Mitarbeiter ihres Kinderarztes befragen oder uns eine Kopie des Vorsorgeheftes mitschicken).

Vorstellungsgrund:

Aktuelle Größe:	_____ cm	aktuelles Gewicht:	_____ kg
Größe bei Geburt	_____ cm	Gewicht bei Geburt:	_____ g
Geboren in ____ Schwangerschaftswoche			
Größe bei U6 = 1.Lj:	_____ cm	Gewicht bei U6= 1. Lj	_____ kg
Größe bei U7= 2.Lj:	_____ cm	Gewicht bei U7= 2.Lj:	_____ kg
Größe bei U8= 4.Lj:	_____ cm	Gewicht bei U8= 4.Lj:	_____ kg
Größe bei U9= 5.Lj:	_____ cm	Gewicht bei U9= 5.Lj:	_____ kg
Größe der Mutter:	_____ cm	Größe des Vaters:	_____ cm

Versicherungsstatus:

Gesetzlich Krankenversichert: oder Selbstzahler

Folgende **Medikamente** werden dauerhaft eingenommen:

Folgende **chronische Erkrankungen** liegen vor:

Bitte legen Sie auch alle **relevanten Vorbefunde und Arztbriefe in Kopie** bei, um unnötige möglicherweise invasive Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Wie können wir Sie erreichen?

Handy: _____

Telefonfestnetz: _____

E-Mail: _____

Weitere Telefonnummer: _____

Zu welchen Zeiten und unter welcher Rufnummer sind Sie im Zeitraum zwischen 8.00 und 16.00 gut zu erreichen?

→ im Zeitraum ____ - ____ Uhr Rufnummer: _____

im Zeitraum ____ - ____ Uhr Rufnummer: _____

Ich bin darüber informiert, dass ich Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, vorher absage, damit andere ratsuchende Patienten schnellstmöglich einen Termin erhalten können. Sollte ich den Termin nicht mindestens 24h vorher absagen, wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 60,00 Euro in Rechnung gestellt.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

1. ich den Fragebogen komplett ausgefüllt habe,
2. eine Überweisung beiliegt oder
ich die Rechnung als Selbstzahler übernehme und das Kontaktformular ausgefüllt habe,
3. ich mit dem Vorgehen bei unentschuldigtem Nichterscheinen zum Termin einverstanden bin,
4. Falls vorhanden: relevante Vorbefunde beigelegt sind,

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Unterzeichners
in Druckbuchstaben

→ diese Unterlagen an folgende Adresse zu senden (per Post, Fax oder Email):

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Endokrinologie/Prof. Reinehr
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln
Tel.-Nr.: 02363 / 975 - 229
Fax.-Nr.: 02363 / 975 - 218
Email: endokrinologie@kinderklinik-datteln.de
(Wichtig: Anhänge nur als PDF Format!)

Nach dem vollständigen Eingang der Unterlagen melden wir uns umgehend bei Ihnen, um einen Termin zu vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Endo Team

Kontaktformular nur für Selbstzahler:

Kontaktdaten des Kindes:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Kontaktdaten des Rechnungsempfängers:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____