

Bitte diesen Bogen an die Hypophysenambulanz faxen oder mailen: Faxnummer: 0931/201-6039126
 Patientendaten **Email: M1_EndoAmb@ukw.de**

Vorname:				Nachname:			
Geburtsdatum:				männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>	
Straße:							
PLZ/Wohnort:							
Telefonnummer des Pat.:			Handy:				
E-Mail-Adresse des Pat.:							

Zuweisender Arzt:				Praxisstempel
TelefonNr.:				

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

<u>Verdachtsdiagnose</u>	
Dringlichkeit:	<input type="checkbox"/> Regulärer Termin <input type="checkbox"/> Dringender Termin <input type="checkbox"/> Notfalltermin, bitte telefonische Rücksprache Tel 0931-201-39205
Kurze Anamnese:	
Aktuelle Medikamente	
Fragestellung	<i>(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt / Vorbefunde sind unbedingt mitzuschicken):</i>

Folgende Unterlagen sind unbedingt mitzufaxen:
MEDIKAMENTENPLAN, VORBEFUNDE, Laborwerte
Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich.

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit dem Patient*in in Verbindung setzen.