

# Patientenanmeldung



## Stationäre Aufnahme Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Telefon: +49 (0) 7522 797-1480  
Telefax: +49 (0) 7522 797-1119  
E-Mail: kinderlinik@wz-kliniken.de

(Bitte ausgefüllt per Fax oder E-Mail senden; wir antworten zeitnah telefonisch)

<p><b>Patientendaten</b> (ausfüllen oder Etikett)</p> <p>Name, Vorname: Geburtsdatum: Telefonnummer oder Adresse: ggf. gesetzlicher Betreuer:</p>	<p><b>Dringlichkeit / Terminwunsch</b></p> <p><input type="checkbox"/> schnellstmöglich <input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Wochen <input type="checkbox"/> längere Wartezeit zumutbar</p>
<p><b>Relevante Diagnose</b></p> <p>Aufnahmegrund:</p> <p><input type="checkbox"/> Erstvorstellung                      <input type="checkbox"/> Asthma/ chron. Husten                      <input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose <input type="checkbox"/> Kontrolle                                      <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                      <input type="checkbox"/> (V.a.) funkt. Atemstörung <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelprovokation                      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlafuntersuchung</p>	
<p><b>Besonderheiten / Nebendiagnosen</b></p> <p><b>Problemkeime</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><input type="checkbox"/> Aufnahme alleine <input type="checkbox"/> Aufnahme eines Elternteils erwünscht <input type="checkbox"/> Termin direkt mit Patient oder Eltern <input type="checkbox"/> Termin über Anmelder <input type="checkbox"/> Rücksprache mit ärztlichen Kollegen erwünscht</p>
<p><b>Ärztin / Arzt</b> <b>Klinik</b></p>	

**Vorausgegangene Diagnostik**  
Bitte stellen Sie uns die relevanten Vorbefunde zur Verfügung.

**Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!**  
Das Team der Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Ein Stück Leben.