|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Checkliste Terminvereinbarung in der endokrinologischen Ambulanz für alle Erstvorstellungen** | | | | | | |
| Patientenname: | | |  | | Praxisstempel | |
| Geburtsdatum: | | |  | |
| Telefonnummer des Patienten: | | |  | |
| Adresse des Patienten: | | |  | |
| E-Mail-Adresse des Patienten: | | |  | |
| Krankenversicherung: | | |  | |
| Zuweisender Arzt (mit Telefon- und Faxnummer): | | |  | |
| **Grund der Vorstellung:** Erkrankung der: | | | | | | |
| **Schilddrüse** | | **Nebenschilddrüse** | | **Nebenniere** | | **Hypophyse** |
| **Gonaden** | | **Knochen** | | Sonstiges (bitte nennen): | | |
| **Verdachtsdiagnose:** | | | | | | |
| **Dringlichkeit:**  regulärer Termin (Wartezeit i.d.R. 2 – 4 Monate)  dringender Termin (innerhalb 2 – 4 Wochen), bitte Begründung!: Notfall, bitte um telefonische Rücksprache: | | | | | | |
| **BITTE LABORWERTE/VORBEFUNDE (wenn vorhanden) FAXEN – WICHTIG FÜR DIE TERMINVEREINBARUNG!** | | | | | | |
| **Kurze Anamnese** |  | | | | | |
| **Aktuelle Medikamente** |  | | | | | |
| **Fragestellung** | *(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt; gerne auch Arztbrief / weitere Unterlagen mitfaxen):* | | | | | |
| Vielen Dank für die Anfrage.  Unser Team wird sich mit dem Patienten in Verbindung setzen. | | | | | | |
| ***Termin (von unserer Ambulanz auszufüllen):*** | | | | | | |