

Anmeldeformular für die Stoffwechselambulanz

Für einen strukturierten Ablauf bitten wir Sie, zunächst dieses Formular auszufüllen und an uns zurück zu senden. Wir werden uns dann mit Ihnen in Verbindung setzen.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Telefon (privat/mobil): _____

Anmeldung über

Kinderarzt / Hausarzt? Eltern? Andere?#

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Stoffwechselkrankheit

gesicherte Diagnose: _____
Verdachtsdiagnose: _____
Auffällige Befunde/Symptome: _____

Medikamente: _____
Ihre Frage: _____

Bitte fügen Sie aktuelle Arztbriefe und/bzw. relevante Vorbefunde bei!

Rücksendung an:
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Stoffwechselsprechstunde
z.H. OÄ Dr. K. Grohmann-Held
Ferdinand-Sauerbruch-Straße
17475 Greifswald
Fax: 03834/863815

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!