

Hypoparathyreoidismus-Ambulanz

Oberdürbacher Str. 6 97080 Würzburg

Tel. 0931 201 39777

Bitte diesen Bogen an die Hypoparathyreoidismus-Ambulanz faxen oder mailen.

Faxnummer: 0931/201-6039212

Email: M1_EndoAmb@ukw.de

Patientendaten

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

Grund der Vorstellung:

Hypoparathyreoidismus: <input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Diagnose bereits gesichert	
Dringlichkeit:	<input type="checkbox"/> Regulärer Termin <input type="checkbox"/> Dringender Termin <input type="checkbox"/> Notfalltermin, bitte telefonische Rücksprache Tel 0931-201-39200
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.