

## Terminvereinbarung in der Hypophysenambulanz für Erstvorstellungen

Bitte diesen Bogen an die Hypophysenambulanz faxen: 0931/201-6039126  
 Email [M1\\_EndoAmb@ukw.de](mailto:M1_EndoAmb@ukw.de)

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

Zuweisender Arzt (mit Telefon- und Fax-Nr.):	
---	--

Praxisstempel

Größe: \_\_\_\_\_ m    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

<b><u>Verdachtsdiagnose</u></b>	
<b>Dringlichkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Regulärer Termin <input type="checkbox"/> Dringender Termin <input type="checkbox"/> Notfalltermin, bitte telefonische Rücksprache Tel 0931-201-39957
<b>Kurze Anamnese:</b>	
<b>Aktuelle Medikamente</b>	
<b>Fragestellung</b>	<i>(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt):</i>

**Folgende Unterlagen sind unbedingt mitzufaxen:  
 LABORWERTE, MEDIKAMENTENPLAN und VORBEFUNDE**

**Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich**

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen.