

FAX Anmeldung zur Terminvergabe

Gerinnungszentrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Universitätsklinikum Frankfurt am Main



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir bieten Ihnen mit diesem Formular eine Terminvergabe zur Gerinnungsdiagnostik per Fax-Anmeldung an. Zur Einschätzung der Dringlichkeit bitten wir um alle relevanten Vorbefunde per Fax. Nach Erhalt der Informationen werden wir mit Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten zeitnah in Kontakt treten und einen Termin vereinbaren.

Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung der Anfrage nur bei Vorliegen der vollständig ausgefüllten Fax-Anforderung und möglicherweise erforderlichen Vorbefunde erfolgen kann.

DATUM	
(BEHANDELNDER ARZT / PRAXIS) ABSENDER	
(PATIENTENDATEN) NAME, VORNAME GEBURTSDATUM RUFNUMMER	
VERDACHTSDIAGNOSE/ FRAGESTELLUNG	
ANMELDUNG FÜR	Abklärung Thromboseneigung Abklärung Blutungsneigung Sonstige hämostaseologische Diagnostik: <i>(bitte spezifizieren)</i>

Bitte faxen Sie dieses Formular und alle relevanten Vorbefunde an: 069/6301-4464

Gerinnungszentrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität
 Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Hämostaseologie
 Schwerpunktleiter: Prof. Dr. med. D. Schwabe
 Oberärztin: Dr. med. C. Heller
 Theodor-Stern-Kai 7, Haus 32-E, EG
 Telefon: 069/6301-6432, Fax: 069/6301-4464
 Homepage: www.gerinnungszentrum-frankfurt.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Direktor: Prof. Dr. T. Klingebiel

