

Anmeldung zur Herz- und Gefäßuntersuchung

Liebe/r Patient/in, liebe Eltern für den Termin benötigen wir folgende Unterlagen:

Vorbefunde, wie Arztbriefe, EKG´s, Echokardiografien
Überweisungen des /der behandelnden Kinderarztes/in (Muster 06)
Anmeldeformular zur Herz- und Gefäßuntersuchung (nachfolgend)
Diese können sie uns per Post, Fax (02233/7130948) oder per email
(info@kinderarzt-platen.de) zusenden.

Angabe zum/r Patient/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse mit PLZ: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Überweisender Arzt:

Krankenversicherung:

Probleme des/der Patienten/in:

Herzgeräusche

Herzschmerzen/stechen

Rhythmusprobleme

Bereits operiertes Herz

Herz-Kreislaufprobleme/Schwindel

Sonstige: _____

Nimmt ihr Kind Medikamente Nein Ja, welche? _____

Andere Erkrankungen bekannt? Nein Ja, welche? _____

Bei kleinen Kindern bringen sie bitte zur Untersuchung etwas zu trinken, ggf. einen Beruhigungssauger und etwas zur Ablenkung mit (Kuscheltier, Musik, Video).

Liegt uns die Anmeldung vor werden wir uns zur Terminabstimmung telefonisch melden.

Bitte kommen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin und bringen die Krankenversichertenkarte des/der Patienten/in mit.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine frühzeitige (mind. 24 Stunden vorher) Absage, um den Termin anderweitig vergeben zu können. Sollten Sie den vereinbarten Termin unentschuldigt nicht wahrnehmen, werden wir ihnen ein Ausfallhonorar von 90 € in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Vereinbarung.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Dr.med Franziska Platen
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Sportmedizin
Krankenhausstrasse 107, 50354 Hürth
Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: info@kinderarzt-platen.de

Datenschutzvereinbarung gelesen