



## Anmeldeformular für die Stoffwechselambulanz

Auf Grund der vielen Anfragen bitten wir Sie, zunächst dieses Formular auszufüllen.  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Beachte: In der Stoffwechselambulanz behandeln wir hauptsächlich Patienten mit gesicherten Stoffwechselkrankheiten oder mit dringendem Verdacht auf einer angeborene Stoffwechselkrankheit.)

Medikamente: \_\_\_\_\_

Ihre Frage: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie einen aktuellen Arztbrief und/bzw. relevante Vorbefunde bei!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!