|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Anmeldung**Fax: +49/30/4593-2826E-Mail: [kika-ambulanz@dhzb.de](file:///C%3A%5CUsers%5Cblietz%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CY10BD6A4%5Ckika-ambulanz%40dhzb.de) | **Stationäre Anmeldung \***Fax: +49/30/4593-2900E-Mail: [kika-sekretariat@dhzb.de](file:///C%3A%5CUsers%5Cblietz%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CY10BD6A4%5Ckika-sekretariat%40dhzb.de) |
|  |  |
| [ ]   | Verlaufskontrolle | [ ]   | Herzkatheter/Intervention |
| [ ]   | Neuvorstellung | [ ]   | Schrittmachereingriff |
| [ ]   | Vorstellung zur Zweitmeinung |  |  |
| [ ]   | Schrittmachertestung | *\* für OP-Anmeldungen bitte an die Klinik Chirurgie Angeborener Herzfehler – Kinderherzchirurgie wenden* |

**Patient**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |       |
| Adresse:  |       |
| Telefon/Handy: |       |
| E-Mail: |       | Geburtsdatum:       |
| Krankenkasse |       |
| Zusatzversicherung: |       |

**Angaben zur Anamnese**

|  |
| --- |
|       |

Bitte wenn möglich Arztbrief und Befunde ebenfalls per Fax senden.

**Anmeldender Arzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Praxis/Klinik: |       |
| Telefon: |       |
| Fax: |       |
| Stempel, Unterschrift |  |