|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ambulante Anmeldung**  Fax: +49/30/4593-2826  E-Mail: [kika-ambulanz@dhzb.de](file:///C:\Users\blietz\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\Y10BD6A4\kika-ambulanz@dhzb.de) | | **Stationäre Anmeldung \***  Fax: +49/30/4593-2900  E-Mail: [kika-sekretariat@dhzb.de](file:///C:\Users\blietz\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\Y10BD6A4\kika-sekretariat@dhzb.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 |  |