

Praxisstempel

Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin
Klinikum Westbrandenburg GmbH
Hochstraße 29
14770 Brandenburg

Antrag zur Diagnostik im Klinikum Westbrandenburg - Standort Brandenburg

Fax-Nr. 03381 / 41-1809

Bitte diese Information im Vorfeld der gewünschten Diagnostik an die o. g. Fax-Nr. senden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung Ihr Team der Kinderklinik

stationär <input type="checkbox"/>	ambulant <input type="checkbox"/>
Patientendaten	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____
Telefon-Nr.	_____
Krankenkasse	_____
Diagnose:	
Größe:	Gewicht: Zahnsperre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewünschte Untersuchung	
Gastroskopie <input type="checkbox"/>	Coloskopie <input type="checkbox"/> MRT (Organ) <input style="width: 100px;" type="text"/>
24-h-pH-Metrie <input type="checkbox"/>	Polysomnographie <input type="checkbox"/> Szintigraphie <input type="checkbox"/>
Lungenfunktionstestung <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input style="width: 200px;" type="text"/>
Fragestellung	

ggf. gewünschter Termin _____	
Termineinschränkung _____	
Kurzanamnese / aktuelles Körpergewicht	

Datum

Unterschrift d. Arztes