

Anmeldung für die **SEKTION INTEGRIERTE KINDERDERMATOLOGIE** des
SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUMS im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort, Straße

Telefon / Mobil

E-Mail

Krankenversicherung*

*aus formalen Gründen erfragt, ansonsten
ohne Einfluss auf die Terminvergabe

☐ Privat ☐ Beihilfe

Name 1. Elternteil

Geb.-Dat.:

Name 2. Elternteil

Geb.-Dat.:

Hauptversicherte Person:

Überweisende/r Kinderärztin/
Kinderarzt

Name:

Adresse:

Telefonnummer / Durchwahl*:

* Bitte in dringenden Fällen unbedingt angeben!

Wer hat das Sorgerecht?

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonst.:

Bei wem lebt das Kind?

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonst.:

Bezugsperson spricht

☐ Deutsch

☐ falls nein, Englisch

☐ falls nein, benötigt Dolmetscher

FRAGEN AN DIE ÜBERWEISENDE KINDERÄRZTIN / DEN ÜBERWEISENDEN KINDERARZT

Wie lautet die kinderärztliche Fragestellung?

Kurze Epikrise (Bitte geben Sie alle relevanten Vorbefunde mit!)

Befindet sich das Kind bereits in Betreuung eines anderen Sozialpädiatrischen Zentrums?

☐ Nein

☐ Ja. Welches? Wann zuletzt?

Liegen chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vor?

☐ Nein ☐ Ja: Welche, wo behandelt?

Datum, Unterschrift, **Stempel**