**ANMELDEFORMULAR KINDERKLINIK**

**Fax: 044 416 22 47**

**E-Mail: anmeldung.kinderklinik@triemli.zuerich.ch**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  🞏 männlich 🞏 weiblich |
| **Name und****Adresse der****Eltern** |  |
|  |
|  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Versicherung** |  | **Vers.-Nr.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuweisung** **in folgende****Sprechstunde** | 🞏 Ambulatorium allgemein🞏 Kardiologie🞏 Chirurgie elektiv🞏 Gastroenterologie🞏 Neurologie / EEG🞏 Nephrologie🞏 Sprechstunde für Schreibabys🞏 Hüftultraschall für Neugeborene🞏 Akupunktur |

|  |
| --- |
| Anamnese: |
| Fragestellung / Auftrag: |
| Bemerkungen: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dringlichkeit** | 🞏 1 Woche 🞏 1 Monat 🞏 3 Monate 🞏 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:**  | **Unterschrift / Stempel:** |