**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:** |