

Überweisung



zur Abklärung mit direktem Aufgebot:

zur aktenkonsiliarischen Wachstumsprognose und Wachstumsbeurteilung:

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Facharztpraxis Kinderendokrinologie und Kinderdiabetologie, Adlerstrasse 1, 8600 Dübendorf

Fax: 044 389 10 11, E-Mail: klein-gross@hin.ch

Zu Händen:

Angaben zum Kind:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: f: m:

Strasse: Telefon:

PLZ: Ort:

Versicherung: Versicherungsnummer:

Fragestellung:

.....

Bisherige Grössen- und Gewichtsmessungen:

Gestationsalter: Geburtsgewicht: Geburtsgrösse:

Datum:	Grösse:	Gewicht:

(Sie helfen uns sehr, wenn Sie diese **Angaben mit Datum und Zahl** und nicht nur als Wachstumskurve angeben)

Grösse der Mutter: Grösse des Vaters:

Beilagen: Handröntgenbild , Wachstumskurve , frühere Berichte , Labor

Berichtskopie an Familie: Ja: Nein:

Überweisende Ärztin / überweisender Arzt:

Wie wollen Sie unseren Bericht erhalten? Post: Email: -> Ihre E-Mail:

Ort, Datum: Unterschrift: