



ANMELDEFORMULAR KINDERKLINIK

Fax: 044 416 22 47

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

Sekretariat Ambulatorium
 T +41 44 416 21 50
anmeldung.kinderklinik@triemli.zuerich.ch

Chefärztin:
 Prof. Dr .med. Maren Tomaske

Name, Vorname		
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name und Adresse der Eltern		
Telefonnummer		
Versicherung	Vers.-Nr.	

Zuweisung in folgende Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Ambulatorium allgemein <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Chirurgie elektiv <input type="checkbox"/> Gastroenterologie <input type="checkbox"/> Neurologie / EEG <input type="checkbox"/> Nephrologie <input type="checkbox"/> Sprechstunde für Schreibabys <input type="checkbox"/> Hüftultraschall für Neugeborene <input type="checkbox"/> Akupunktur
---	--

Anamnese:
Fragestellung / Auftrag:
Bemerkungen:

Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 Woche <input type="checkbox"/> 1 Monat <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> sonstiges _____
----------------------	--

Datum:	Unterschrift / Stempel:
---------------	--------------------------------

