

Praxisstempel

Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin  
Städt. Klinikum Brandenburg GmbH  
Hochstraße 29  
14770 Brandenburg

**Antrag zur Diagnostik im  
Städtischen Klinikum Brandenburg**

**Fax-Nr. 03381 / 41-1809**

Bitte diese Information im Vorfeld der gewünschten Diagnostik an die o. g. Fax-Nr. senden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung Ihr Team der Kinderklinik

<b>stationär</b> <input type="checkbox"/>	<b>ambulant</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Patientendaten</b>			
Name, Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____		
Anschrift	_____		
Telefon-Nr.	_____		
Krankenkasse	_____		
<b>Diagnose:</b>			
Größe:	Gewicht:	Zahnsperre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gewünschte Untersuchung</b>			
Gastroskopie <input type="checkbox"/>	Coloskopie <input type="checkbox"/>	MRT (Organ)	_____
24-h-pH-Metrie <input type="checkbox"/>	Polysomnographie <input type="checkbox"/>	Szintigraphie	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktionstestung <input type="checkbox"/>	Sonstiges	_____	
<b>Fragestellung</b>			
_____			
ggf. gewünschter Termin _____			
Termineinschränkung _____			
<b>Kurzanamnese / aktuelles Körpergewicht</b>			
_____			
_____			
_____			

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift d. Arztes