

Neuropädiatrische Sprechstunde: Anmeldefragebogen

Hinweis: Um einen Termin vergeben zu können, benötigen wir eine fachärztliche Fragestellung auf einem Überweisungsschein.

Anmeldung neuer Patient*innen unter Fax: 0551/39-67669 oder postalisch an: Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, 37099 Göttingen

Patientendaten

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb.-Dat.: _____ **E-Mail:** _____
Adresse: _____
Telefon: _____ **Mobiltelefon:** _____

Beschwerden

Kopfschmerzen: _____
 ▪ Augenärztliche Untersuchung erfolgt ja / nein
 ▪ HNO-ärztliche Untersuchung erfolgt ja / nein

Schwindel: _____
 ▪ Augenärztliche Untersuchung erfolgt ja / nein
 ▪ HNO-ärztliche Untersuchung erfolgt ja / nein
 ▪ EKG erfolgt ja / nein
 ▪ Kinderkardiologische Untersuchung erfolgt ja / nein

Zerebrale Anfälle: _____

Synkopen: _____
 ▪ EKG erfolgt ja / nein
 ▪ Kinderkardiologische Untersuchung erfolgt ja / nein

Andere neurologische Beschwerden: _____

Hinweis: Für die Abklärung komplexer neurologischer Auffälligkeiten wie Entwicklungsverzögerungen, Muskelschwäche etc. ist eine Anmeldung über unser Sozialpädiatrisches Zentrum erforderlich (Tel.: 0551 / 39-69099, Email: spz@med.uni-goettingen.de)

Allgemein

- Seit wann bestehen die Beschwerden/Auffälligkeiten? < 3 Monate / > 3 Monate
- Wurden Laboruntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte Befundkopie beifügen.
- Werden Therapien durchgeführt? Wenn ja, welche:

- Grund der gewünschten Vorstellung:
 - Diagnosesicherung
 - Zweitmeinung
 - Therapie
 - Verlaufskontrolle

Praxisstempel

Unterschrift des Arztes/der Ärztin