

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Kommissarischer Direktor: Univ.-Prof.
Dr. med. Joachim Pohlenz

Kinderonkologisches Zentrum
Ärztliche und wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Faber

Zentrales Fallmanagement
Petricja Jerkovic
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 17-2112
Telefax: +49 (0) 6131 17-6686
E-Mail: kinderonkologie@unimedizin-mainz.de
<http://www.unimedizin-mainz.de/kinderklinik/onkologie/uebersicht.html>

Formular für Anfragen an das Kinderonkologisches Zentrum

Sehr geehrter Kolleginnen und Kollegen,

gerne möchten wir die von Ihnen gestellte Anfrage optimal vorbereiten. Sie haben als niedergelassene (Kinder-)Ärztin / niedergelassener (Kinder-)Arzt daher die Möglichkeit, uns über das folgende Formular bezüglich eines Termins zur Vorstellung für Ihre Patientin/ Ihren Patienten in unserer Ambulanz direkt zu kontaktieren und aus Ihrer Sicht relevante Zusatzinformationen zu ergänzen.

Füllen Sie hierzu bitte dieses Formular aus und senden es uns **inklusive aller relevanten Unterlagen/ Vorbefunde** als **FAX an 06131-17-6686**.

In Notfällen sind wir außerhalb der Dienstzeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen unter Tel. 06131 17 2642 (Leitstelle der Station A2/Kinderonkologie) oder Tel.: 06131 17 2781 (Leitstelle der Notaufnahme des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin) jederzeit direkt erreichbar.

Patientendaten

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Verdachtsdiagnose / Anmerkungen:

Anliegen: Bitte um Terminvergabe

Vorstellung soll erfolgen: akut, weil: _____
 elektiv, im Zeitraum von _____ Wochen

Fragestellung:

Wer soll von uns kontaktiert werden? Praxis oder Patient (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ihre Angaben / Praxisstempel

Telefon: _____

E-Mail: _____

Es folgt/folgen _____ Seite/n.

Wir werden uns schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen

Petricja Jerkovic

Zentrales Fallmanagement des Kinderonkologischen Zentrums