

## Anmeldeformular für die Stoffwechselambulanz

Ärztliche Leitung: Univ. Prof. Dr. med. J.B. Hennermann

Aufgrund zahlreicher Anfragen bitten wir Sie, als betreuende/r Arzt/Ärztin zunächst dieses Formular auszufüllen.

**Anmeldung durch**  Kinderarzt/-ärztin bzw. Hausarzt/-ärztin  Facharzt/-ärztin

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

In unserer Stoffwechselambulanz behandeln wir hauptsächlich Patienten/ -innen mit gesicherten Stoffwechselkrankheiten oder mit dem dringenden Verdacht auf eine angeborene Stoffwechselkrankheit.

**Legen Sie dem Formular bitte einen Überweisungsschein, einen aktuellen Arztbrief und relevante Untersuchungsbefunde bei** – die Bearbeitung Ihrer Anfrage kann nur mit Vorlage dieser Unterlagen erfolgen.

### Kontaktdaten Patient/-in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Stoffwechselkrankheit

Gesicherte Diagnose: \_\_\_\_\_

Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der Villa Metabolica