

## Anmeldung zur Herz- und Gefäßuntersuchung

Liebe/r Patient/in, liebe Eltern für den Termin benötigen wir folgende Unterlagen:

Vorbefunde, wie Arztbriefe, EKG's, Echokardiografien

Überweisungen des /der behandelnden Kinderarztes/ärztin (Muster 06)

Anmeldeformular zur Herz- und Gefäßuntersuchung (nachfolgend)

Diese können sie uns per Post, Fax ( 02233/7130948) oder per email ([info@kinderarzt-platen.de](mailto:info@kinderarzt-platen.de)) zusenden.

### **Angabe zum/r Patient/in:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse mit PLZ: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

### **Probleme des/der Patienten/in:**

- Herzgeräusche
- Herzschmerzen/stechen
- Rhythmusprobleme
- Bereits operiertes Herz
- Herz-Kreislaufprobleme/Schwindel
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Nimmt ihr Kind Medikamente ?  Nein.  Ja, welche ? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen bekannt?  Nein.  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Liegt uns die Anmeldung vor werden wir uns zur Terminabstimmung telefonisch melden.

Bitte kommen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin und bringen die Krankenversichertenkarte des/der Patienten/in mit.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine frühzeitige (mind. 24 Stunden vorher) Absage, um den Termin anderweitig vergeben zu können. Sollten Sie den vereinbarten Termin unentschuldigt nicht wahrnehmen, werden wir ihnen ein Ausfallhonorar von 70€ in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Vereinbarung.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dr.med Franziska Platen  
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie  
Krankenhausstrasse 107, 50354 Hürth

Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: [info@kinderarzt-platen.de](mailto:info@kinderarzt-platen.de)

[Datenschutzvereinbarung](#)