

Universitätsklinik für Kinderchirurgie
Ärztliche Leitung
Inselspital
3010 Bern

Patientenanmeldung

Ihr Telefon
Ihr Fax
Ihr E-Mail
Ort, Datum

Ihr Stempel:

Patient:

Name Vorname
Geb. Datum Geschlecht M / W
Dolmetscher nötig ja / nein Sprache
Adresse
.....
Tel. Handy

Kind war schon in der Insel / nie in der Insel

Ich möchte den Patienten(in) anmelden: (gewünschtes bitte ankreuzen)*

- Allgemeine Sprechstunde
- Privatsprechstunde Prof. St. M. Berger
- Spezial Sprechstunde:
 - Kraniofaziale Chirurgie
 - Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
 - Thoraxchirurgie
 - Viszeralchirurgie
 - Kinderurologie
 - Kindertraumatologie
 - Kinderorthopädie
 - Handchirurgie
 - Verbrennung + Verbrühung
 - Hämangiom + Lymphangiom

Poliklinik Tel. +41(0) 31 632 92 51 / Fax +41(0)31 632 48 89

Inselspital, Universitätsklinik für Kinderchirurgie, CH-3010 Bern, direktion.kchk@insel.ch, Fax +41(0) 31 632 92 92, www.kinderkliniken.insel.ch

Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche Tel. +41(0) 31 632 92 77

Kisiphone 0900 632 927

- Blasen-Darmfunktion
- Tagesklinische Untersuchung / Voruntersuchung (ambulante Eingriffe)

*Bei zeitlicher Überbelegung erlauben wir uns, zur schnelleren Abwicklung der Abklärung, das Kind zuerst der allgemeinen Sprechstunde zuzuweisen.

Fragestellung

.....
.....
.....

Anamnese (u.a. Voroperationen)

.....
.....
.....
.....
.....

Befunde

.....
.....
.....
.....
.....

Beilagen

.....
.....
.....
.....
.....

Wünschen Sie zwischenzeitlichen Kurzbericht:

- ja
- nein (Bericht nach Erhalt der Labor- und anderen Resultate oder nach Abschluss der Behandlung genügt)

Hinweis:

Die Übermittlung von unverschlüsselten Patientendaten per E-Mail verletzt das Arztgeheimnis. Wir empfehlen, uns diese Daten verschlüsselt über das Health Info Net (HIN: kinderpoliklinik@insel.ch) zu übermitteln oder per FAX / Post zuzustellen.