

Fragebogen Terminanfrage Adipositassprechstunde für Kinder- und Jugendliche des Kinderzentrums der UMG

Datum der Anfrage:

Name der Eltern / Sorgeberechtigten Person:

Telefonnummer:

E-Mail Adresse (freiwillige Angabe für Rücksprachen):

Anschrift:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Kinderarzt:

Ist ihr Kind bereits in regelmäßiger Behandlung an der UMG?

Ja

Nein

War ihr Kind bereits auf Adipositas Reha?

Ja

Nein

Wenn Ja, wann und wo:

Hat ihr Kind Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche:

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?

Interne Dokumentation:

Bitte Termin vereinbaren für:

Termin am:

Mitgeteilt von/am:

Anfrage per Mail an kinderambulanz@med.uni-greifswald.de oder per Fax an 03834/86-3815