

Patientendaten:

Telefon:

Anmeldender Arzt:

# FAX-Anmeldung

## Sozialpädiatrisches Zentrum



**Universitätsklinikum Münster**  
Klinik- und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin -  
Allgemeine Pädiatrie  
**Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. H. Omran**  
**Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1,**  
**48149 Münster**  
**Fax: 0251/8347711**

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

Überweisungsgrund/Fragestellung:

Terminwunsch: Eilig  Begründung:

Regulär  (je nach Spezialsprechstunde freie Termine erst in einigen Wochen)

### Gewünschte Sprechstunde

- Chron. neurologische Erkrankungen (Prof. Omran, Dr. Fiedler, Dr. Schwartz)
- Psychosomatische Ambulanz (Dr. Monninger)
- Komplex-Ambulanz (Dr. Keßler)
- Chron. gastroenterologische Erkrankungen (Dr. Bettels, Dr. Kaiser)
- Chron. endokrinologische Erkrankungen (Dr. Dübbers, Dr. Oesingmann-Weirich)
- Ambulanz für seltene Erkrankungen (bis 18 Jahre, Prof. Rutsch)
- Stoffwechselambulanz (Prof. Marquardt, Prof. Rutsch)
- Chronische Lungenerkrankungen + primäre ciliäre Dyskinesie (Dr. Große-Onnebrink, Prof. Omran)
- Kinderschutzambulanz (Prof. Omran, Dr. Bettels, Dr. Fiedler, Dr. Monninger)

### Sozialpädiatrische Diagnostik/Beratung

- Sozialrechtlicher Beratungsbedarf
- Motorische Entwicklungsdiagnostik
- Neuropsychologische Testung (> 6 Jahre)
- Heilpädagogische Diagnostik (< 6 Jahre)
- Logopädische Diagnostik

Rückmeldung bitte an: Patient  Praxis  Telefonkonferenz erwünscht

### Bemerkungen:

Sie können unsere Vorbereitungen mit kurzen klinischen Informationen über das Kind und seine bisherige Entwicklung sowie etwaige schon vorhandene auswärtige Befunde unterstützen. - Bitte geben Sie zum Termin einen entsprechenden **SPZ-Überweisungsschein** (vom **Kinderarzt** auszustellen) mit.

### Von Mitarbeiter/-in der Kinderklinik auszufüllen:

Termin am: .....

in: .....

Termin mitgeteilt  
an  Patient/  Praxis am: .....

Unterschrift:

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes