

Kontaktformular | *contact form*

# Universitäres Leberzentrum Hamburg

## *university liver center Hamburg*

Liebe Kolleg:in, vielen Dank für die Vorstellung Ihrer Patient:in in unserem Universitären Leberzentrum. Dieses Anmeldeformular soll dabei helfen, die Behandlung in unserem Hause zu vereinfachen und zu beschleunigen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

*Dear colleague, thank you for introducing your patient to our liver center. This registration form should help to simplify and accelerate the treatment in our department. Please answer the following questions:*

### Zuweisende Ärzt:in | *referring physician*

Name | *name*

---

Adresse | *address*

---

Telefonnummer | *phone no.*

E-Mail-Adresse | *e-mail address*

---

Zusätzliche Informationen | *further information:*

---

### Patient:in | *patient*

Name | *name*

---

Geburtsdatum | *date of birth*

---

Adresse | *address*

---

Telefonnummer | *phone no.*

---

Zusätzliche Informationen | *further information:*

---

### Versicherungsstatus des Patienten, der Patientin | *insurance status of the patient*

- gesetzlich versichert | *legally insured*
- privat versichert | *privately insured*



**Dringlichkeit der Vorstellung | *medical urgency***

**Achtung: in akuten Notfällen bitte Vorstellung in unserer / der nächstgelegenen Notaufnahme**

- dringliche stationäre Aufnahme / Übernahme bzw. ambulante Vorstellung innerhalb weniger Tage  
*urgent consultation / patient transfer within several days*
- zeitnahe elektive stationäre / ambulante Abklärung (binnen 4 Wochen) | *timely inpatient / outpatient consultation*
- Bitte um Rückruf bei der zuweisenden Ärzt:in | *please call referring physician*

**Wahl der Sprechstunde, sofern bekannt | *outpatient department, if known***

- Hepatologische Ersteinschätzung, Termin < 4 Wochen | *initial hepatological assessment, appointment <4 weeks*
- Lebertransplantationsambulanz | *liver transplant outpatient clinic*

**Spezialambulanzen\***

- Ambulanz für hepatobiliäre Tumore | *hepatobiliary tumors outpatient clinic*
- Ambulanz für Virushepatitis | *viral hepatitis outpatient clinic*
- Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie | *pediatric gastroenterology and hepatology outpatient clinic*
- Ambulanz für hepatobiliäre Tumore | *hepatobiliary tumors outpatient clinic*
- YAEL-Ambulanz für autoimmune Lebererkrankungen | *YAEL outpatient clinic for autoimmune liver diseases*
- Zirrhoseambulanz | *liver cirrhosis outpatient clinic*
- Fettleberambulanz | *fatty liver outpatient clinic*

\* Die Vorstellung in den Spezialsprechstunden sollte nur bei gesicherter Erkrankung erfolgen. Unklare Lebererkrankungen sollten primär über die Hepatologische Ersteinschätzung vorgestellt werden.

**Begründung für Direktzuweisung | *reason for direct referral***

---



---

**Grund der aktuellen Vorstellung | *reason for current patient referral***

---



---

**Haben Sie Kommentare oder spezifische Fragen an uns? | *Do you have specific comments or questions?***

---



---

Wichtig: Bitte faxen Sie direkt im Anschluss alle Vorbefunde Ihrer Patient:in zu. (Fax: +49 (0) 40 7410 - 49555)

*In case you want to fax patient records, please send files via fax to +49 (0) 40 7410 - 49555*