

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vielen Dank für die Vorstellung Ihres Patienten in unserer Leberambulanz. Dieses Anmeldeformular soll helfen, die Behandlung in unserem Hause zu vereinfachen und zu beschleunigen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Name und Kontakt des Zuweisers

2. Name des Patienten, Fax-/Telefonkontakt für Termindurchgabe (Praxis oder Patient)

3. Ist der Patient bedrohlich krank und benötigt einen Termin innerhalb weniger Tage?

- Ja! Begründung: _____
- Nein

Achtung: Akute Notfälle bitte weiterhin über die Zentrale Notaufnahme!

4. Wahl der Sprechstunde (bitte ankreuzen):

- Hepatologische Ersteinschätzung, Termin innerhalb von 4 Wochen.**
Bitte lassen Sie uns wissen, wenn Sie stattdessen eine Direktzuweisung in eine der Spezialambulanzen wünschen, z. B., weil der Patient dort bereits bekannt ist:
- YAEL-Ambulanz für autoimmune Leberkrankungen (Fr. Dr. Weiler, Prof. Schramm)
- Lebertransplantations-Ambulanz (Fr. Prof. Sterneck)
- Ambulanz für hepatobiliäre Tumore (Prof. Wege)
- Ambulanz für Virushepatitis (PD Dr. Schulze zur Wiesch)
- Zirrhoseambulanz (PD Dr. Kluwe)
- Fettleberambulanz (PD Dr. Kluwe)

Begründung Direktzuweisung: _____

5. Bitte faxen Sie uns zusammen mit diesem Formular vorab alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse. Sollte eine Schnittbildgebung der Leber vorliegen, bitten wir zum Termin um Mitgabe der Bilder auf CD.

6. Haben Sie spezifische Fragen an uns?