



Abteilung Neuropädiatrie

Universitätskinderklinik
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Telefon: 0351 458-2082
Telefax: 0351 458-5868
kik-f04-anmeldung@ukdd.de

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0
www.uniklinikum-dresden.de

Anmeldung

Spezialambulanz für pädiatrische Epileptologie

Familienname des Kindes: Vorname:

Geschlecht: m w geb.: Wohnhaft bei: Eltern Vater Mutter

Adresse:

Telefonnummer: eMail:

Fragestellung des behandelnden Kinderarztes:

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

Kurzanamnese:

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft/ bisherigen Entwicklung?	
Beschreibung der Symptomatik <ul style="list-style-type: none">- Häufigkeit (wie oft?)- Dauer (wie lange?)- Blickrichtung?/ Augen geschlossen?- Zuckungen/ rhythmische Bewegungen?- Zungenbiss oder Einnässen?- Bewusstseinsstörung/ Bewusstlosigkeit?- Ansprechbar?- Sind die Symptome beeinflussbar/ lassen sie sich beenden? ggf. als Videoaufnahme schicken	



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Medizinischer Vorstand, Sprecher)
Frank Ohi (Kaufmännischer Vorstand)

**Vorsitzender des
Aufsichtsrates:**
Prof. Dr. G. Brunner

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DEFF 850

Ostächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81 XXX

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLA DEM1 001

UST-IDNr.: DE 140 135 217
St-Nr.: 203 145 03113



Bislang durchgeführte Untersuchungen:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bitte Epikrisen, Vorbefunde beifügen (z.B. MRT-Befunde, EEG-Befunde, etc.)

Achtung! Die Wartezeit für eine ambulante Vorstellung kann **bis zu 6 Monate** betragen.
Die Einbestellung erfolgt nach ärztlicher Rücksprache.

Bei dringenden Fragestellungen empfehlen wir eine akute Einweisung zur stationären Diagnostik in der Neuropädiatrie, UKD oder eine Vorstellung in der Notfall-Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, UKD.

Datum:.....

.....
Unterschrift Kinderarzt

.....
Unterschrift Eltern