

Wachstumsbeurteilung auf den Korrespondenzweg (ohne den Patienten aufzubieten)

Angaben zum Patient

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Eltern:	
Strasse:	PLZ, Ort
Tel.:	E-Mail

Überweisungsgrund

--

Frühere Grössen- und Gewichtsmessungen (falls vorhanden)

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Grösse (cm)	Gewicht (kg)
Geburt		

Grösse Mutter: _____

Grösse Vater: _____

Beilagen

- Wachstumskurven Laborbefunde _____
 aktuelles Röntgenbild der linken Hand, wenn vorhanden

Überweisender Arzt

--

FAX: 041 44 364 37 01

Email: mail@pezz.ch

PEZZ; Zu Händen: Prof Dr. med. Urs Eiholzer, Möhrlistrasse 69, 8006 Zürich