

Patient/in _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht w m

Adresse _____ Land _____

Telefonnummer _____ Mobiltelefon _____

Dieses Formular ist für die Zusendung per Fax / per Post gedacht.

Notfälle

• Notfallstation BL (Bruderholz)
Tel: Dienstarzt: 061 685 57 11
Fax: 061 436 36 58

• Notfallstation BS (Römergasse)
(bitte vorher tel. Rücksprache)
Tel: Dienstarzt: 061 685 67 11
Fax: 061 685 60 66

Tagesklinik BS

• Tageschir. Sprechstunde (BS)
Tel: 061 685 64 06
Fax: 061 685 60 14

• Direkte Anmeldung Operationen
Tel: 061 685 63 14
Fax: 061 685 60 14

• Hämangiomsprechstunde (BS)
Tel: 061 685 64 06
Fax: 061 685 60 14

Chirurgische stationäre Zuweisungen BL

• Elektive Eingriffe
Tel: 061 685 52 24 / 52 23
Fax: 061 685 50 01

Orthopädische stationäre Zuweisungen BL

• Elektive Eingriffe
Tel: 061 685 52 94
Fax: 061 685 50 06

Chirurgische Poliklinik BL

Tel: 061 685 56 15
Fax: 061 685 50 01

- Allgemeine Kinderchirurgie
- Urologie/Urodynamik

Gemeinsame chirurgische / orthopädische Sprechstunden
(Anmeldung ebenfalls via Chir. Poli BL)

- Handsprechstunde
- Traumasprechstunde
- Neurochir. Sprechstunde

Orthopädische Poliklinik BL

Tel: 061 685 54 34 / 53 50
Fax: 061 685 50 11

- Allgemeine Orthopädie
- Tumorsprechstunde
- Wirbelsäulensprechstunde
- Fussprechstunde
- Hüftsonografie
- Kniesprechstunde

Neuroorthopädische Poliklinik

• Neuroortho. Sprechstunde
Tel: 061 685 53 45 / 54 66
Fax: 061 685 50 06

Chefarztsprechstunden BL

• Chefarzt Kinderchirurgie
Prof. Dr. J. Mayr
Tel: 061 685 53 29
Fax: 061 685 50 12

• Leitender Arzt Kinderchirurgie
PD Dr. F.-M. Häcker
Tel: 061 685 56 15
Fax: 061 685 50 01

• Chefarzt Kinderorthopädie
Prof. Dr. F. Hefti
Tel: 061 685 53 46
Fax: 061 685 50 06

• Leitender Arzt Kinderorthopädie
Prof. Dr. R. Brunner
Tel: 061 685 53 45 / 54 66
Fax: 061 685 50 06

• Leitender Arzt Kinderorthopädie
PD Dr. C. Hasler
Tel: 061 685 53 50
Fax: 061 685 50 11

Termin ist bereits vereinbart am: _____

Bitte Patient/in durch UKBB aufbieten; Dringlichkeit: _____

Einweisungsdiagnose / Fragestellung / bisherige Therapie

	<p>Unterschrift zuweisende/r Ärztin/Arzt mit Stempel und Datum</p>
--	---