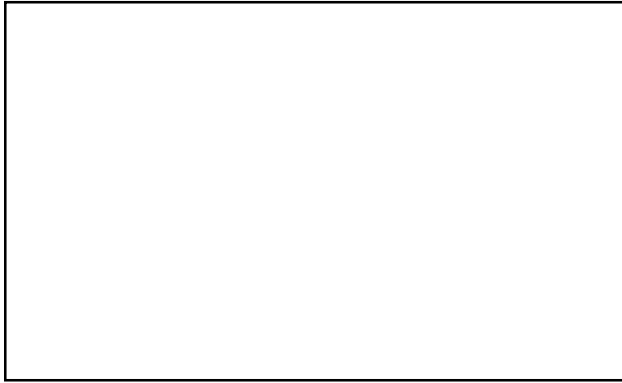




Kinder- und Jugendärztliche Anmeldung

Sozialpädiatrisches Zentrum
Bielefeld

Grenzweg 14, 33617 Bielefeld
Tel.: 0521 77278181 - Fax 0521 77278182
spz@evkb.de

← Krankenversichertendaten hier drucken

Telefonnummer der Familie:

Für oben genanntes Kind besteht eine ärztliche Indikation zur Mitbeurteilung im SPZ.

Symptome: _____

Fragestellung: _____

Erbetene Diagnostik: _____

Zusatzinformationen / Dringlichkeit: _____

Gewünschte Fachdisziplin:

☐ Kinder- und Jugendarzt / Neuropädiatrie
☐ Psychologie
☐ Physiotherapie

☐ Heilpädagogik
☐ Ergotherapie
☐ Logopädie

Aufgrund der o.g. Angaben und des Elternfragebogens wird festgelegt, bei wem das Kind primär vorgestellt wird.

Datum

Praxisstempel

Unterschrift und Name des anmeldenden Arztes