



Terminanfrage extern

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Private KK \_\_\_\_\_

Kinderarzt \_\_\_\_\_

Tel. Kinderarzt \_\_\_\_\_

Fax Kinderarzt \_\_\_\_\_

**Weitere Behandler und Vorbefunde**

Behandlernamen \_\_\_\_\_

Befunde  ja  nein  vorab Post  vorab per Fax  vorab per Mail

CT/ MRT  EEG  Augenarzt

**Anlass der aktuellen Vorstellung**

Diagnosen

Ziele / Gründe

**Bitte komplett ausgefüllt, mit Vorbefunden an uns zurück.**

**Fax: 0511-8115-2302 oder per Post an Kinderneurologie auf der Bult**

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Intern Weiterleitung am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_