

Terminanfrage

Datum _____

Name des Kindes/ des Jugendlichen _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Geschlecht _____

Anmelder*in _____ Sorgerecht _____

Name Elternteil 1 _____ Name Elternteil 2 _____

Festnetz _____ Mobil _____

Adresse _____

Krankenkasse _____

Empfohlen von _____

Kinderärzt*in/Hausärzt*in _____

Klassenstufe _____ Schule _____

Grund der
Anmeldung &
Symptomatik _____

Vorbehandlung/
Vorbefunde/
Voruntersuchungen _____

Bitte beachten Sie: Aufgrund des hohen Anfragenaufkommens veranlassen wir einen einmaligen Kontaktversuch für unsere Rückmeldungen an Sie. Bei Rückfragen melden Sie sich gerne telefonisch oder per Email.