

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/
Voruntersuchun
gen**

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.