

## Anmeldung

---

**Ausgefüllt von** Name: Datum:

---

**Behandlung**  stationär  ambulant  vorstationär  unklar

---

**Patient** Name: Vorname: Geburtsdatum:

---

**Praxis/Arzt** Name: Telefon: Fax:

---

**Problem/  
Untersuchung**

---

**Abklärung**  akut (3–7 Tage)  mittelfristig (1–4 Wochen)  langfristig (> 4 Wochen)

---

**Terminwünsche**

---

**Rücksprache mit  
Oberärztin/Chefarzt**

---

**Rückmeldung**

---

**Termin**

---

**Mitzubringen**

---

**Praxis/Eltern  
informiert** Datum:

---