

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versichertennummer	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Faxanmeldung Neuropädiatrie / SPZ

Bei akuten medizinischen Problemen wenden Sie sich bitte an die Notaufnahme des Eltern-Kind-Zentrums
Telefon 0228-287 38805 oder 38806

Bitte beachten Sie: Die personellen und räumlichen Ressourcen der Neuropädiatrie und des SPZ sind begrenzt. Dieses Anmeldeformular hilft uns die notwendigen Maßnahmen zu planen und die Dringlichkeit besser einzuschätzen. Bei Entwicklungsstörungen und chronischen Erkrankungen sollte die Familie bitte vor der Terminvereinbarung unseren **Anmeldebogen SPZ** ausfüllen. Mit diesen Informationen können wir eine Vorauswahl treffen und für dringliche Fälle die Wartezeiten überschaubar halten. Herzlichen Dank!

Anmeldende/r Ärztin/Arzt: _____
Telefon: _____
Fax: _____

Praxisstempel

Überweisungsgrund / Fragestellung (Welche Untersuchungen erwarten Sie?)

- Erstvorstellung (wegen oben genannter Problematik)
 eilig Begründung _____
 ambulant stationär nach Ermessen der Klinik

Vorbefunde (relevante Vorbefunde bitte im Anhang beifügen)

Mit wem soll die Terminabsprache erfolgen?

- Zuweisende(r) Arzt/Ärztin Direkt mit der Familie unter Telefon _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Patient/die Patientin bzw. die Sorgeberechtigten mit der Datenweitergabe und ggf. Kontaktaufnahme einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Interner Bearbeitungsvermerk

Termin am: _____ um: _____ bei _____

- an zuweisenden Arzt an Patienten (Familie) mitgeteilt am: _____ durch _____