

Termin beim Kinder- und Jugendarzt



Terminvermittlung für sprachbeeinträchtigte und hörgeschädigte Menschen

Bitte füllen Sie das Formular gut lesbar mit Ihren persönlichen Angaben aus und faxen Sie es an die **06131 326-327**.

Ich kann nicht hören

Ich kann nicht sprechen

Ich bitte um Terminvermittlung für mein Kind:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Faxnummer (für die Rückmeldung der TSS)

Krankenkasse

Vermittlungswunsch

Vermittlung eines kinderärztlichen Behandlungstermins JA NEIN

Vermittlung eines Termins zur Kindervorsorgeuntersuchung JA NEIN

Welche Vorsorgeuntersuchung soll durchgeführt werden? U- oder **J-1**

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten (die Daten meines Kindes) zum Zweck der Terminsuche erfasst und gespeichert werden. Die von mir gemachten Angaben werden an Arztpraxis weitergegeben, in der für mich/ mein Kind ein Termin gebucht wird.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____
Erziehungsberechtigte/r