

**Faxanmeldung SPZ Aschaffenburg: 06021-323702**

**Anmeldende Praxis:**

**Eilt**

Name/Vorname/ Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Krankenkasse	

Diagnose			
Fragestellung			
Gewünschte Untersuchung	<input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie <input type="checkbox"/> Transitionssprechstunde <input type="checkbox"/> Neurodermitissprechstd. <input type="checkbox"/> Kopfschmerzsprechstd.	<input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Humangenetik <input type="checkbox"/> Frühgeb.-Nachsorge <input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges
Anmerkungen oder Besonderheiten			

Fragebogen bereits an Eltern ausgehändigt

Anlage beigelegt

persönliche Rücksprache erforderlich.

Ich bin telefonisch erreichbar (Uhrzeit/Telefonnummer): \_\_\_\_\_

Revisions-/ Prüfungs- u. Änderungs- -historie	<u>Datum</u>	<u>Revision</u>	<u>Prüfung/Änderung/Stilllegung</u>	<u>Ausführende/r</u>	Fachliche Prüfung: Freigabe: Datei:	N. Stachelscheid N. Stachelscheid PÄD_SPZ_3.2.1._FI_Faxvorlage_Überweiser_RV09_ 06.07.2023
	06.07.23	RV01 RV09	Erstellung Änderung	A. Mirea T. Brand		