



**Kinder- und Jugendärztliche
Anmeldung
Sozialpädiatrisches Zentrum
Bielefeld-Bethel**

Grenzweg 3, 33617 Bielefeld
Tel: 0521-77278181 – Fax: 0521-77278182

⇐ Krankenversichertendaten hier drucken!

Für oben genanntes Kind besteht eine ärztliche Indikation zur Mitbehandlung im SPZ.

Symptome: _____

Fragestellung: _____

- gewünschte Fachdisziplinen:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendarzt/Neuropädiatrie | <input type="checkbox"/> Heilpädagogik |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Entwicklungspsychologische Beratung |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | |

erbetene Diagnostik: _____

Zusatz-Informationen: _____

Angaben zur Dringlichkeit: A B C D

Aufgrund vorstehender Angaben und des Elternfragebogens wird festgelegt, bei wem das Kind primär vorgestellt wird.

Datum Praxisstempel Unterschrift / Name des anmeldenden Arztes