Sozialpädiatrisches Zentrum Königsborn

Anmeldung SPZ

Geltungsbereich **Sozialpädiatrisches Zentrum**

Stempel des Kinder- oder Hausarztes

Personalien des Kindes

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Anschrift:
Telefon:	E-Mail:

Bei dem Kind habe ich folgenden Befund erhoben:

_____

_____

_____

Ich bitte um Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Königsborn zur Untersuchung der folgenden Fragestellung:

☐ Autismus-Spektrum-Störung

☐ ADHS

☐ FASD

☐ Sonstiges: _____

☐ Säuglings-Osteopathie

☐ Frühkindliche Entwicklungsstörung 0-6 Jahre

☐ Neurologische Vorstellung

Kontakt Sozialpädiatrisches Zentrum Königsborn:
Sekretariat
Tel. 02303 / 9670-261 (Mo-Do 08.00 - 16.30 Uhr, Fr 08.00 - 15.00 Uhr)
Fax 02303 / 9670-461
termine-spz@lebenszentrum-koenigsborn.de

Vielen Dank für Ihre Anmeldung! Wir werden die Familie bezüglich eines Termins kontaktieren.

© Sozialpädiatrisches Zentrum Königsborn - Zimmerplatz 1 - 59425 Unna - Tel. 02303/9670-261 - Fax 02303/9670461 - E-Mail spz@lebenszentrum-koenigsborn.de