



Stempel des Kinder- oder Hausarztes

Personalien des Kindes

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Anschrift:

Bei dem Kind habe ich folgenden Befund erhoben:

Weitere Anmerkungen:

Ich bitte um Vorstellung des Kindes im Sozialpädiatrischen Zentrum Königsborn zur Untersuchung.

Datum

Unterschrift

Kontakt Sozialpädiatrisches Zentrum Königsborn:

Sekretariat / Ambulanz

Tel. 02303 / 9670-261 (Mo-Do 08.30 - 16.00 Uhr, Fr 08.30 - 15.00 Uhr)

Fax 02303 / 68 782

termine-spz@lebenszentrum-koenigsborn.de

.....

Rückantwort vom SPZ

Die Familie hat sich zur Terminvereinbarung gemeldet nicht gemeldet