

Information an überweisende Ärzte zur Anmeldung im ZiNK für eine neuropädiatrische Untersuchung bzw. Mitbehandlung

Patientenname, -vorname: _____
geboren am: _____
Adresse: _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr*e o.g. Patient*in wurde im ZiNK zur kinderneurologischen Untersuchung angemeldet. Damit wir die Situation möglichst gut einschätzen und die weiteren Schritte angemessen planen können, benötigen wir **vor** einer Terminvergabe zunächst noch einige medizinische Informationen von Ihnen.

Ich bitte Sie, uns die Rückseite dieses Bogens möglichst kurzfristig zurückzuschicken, gerne per Fax, oder sie den Eltern/Betreuern mitzugeben. Die Bezugspersonen haben von uns ebenfalls einen Fragebogen erhalten. Es wäre zur Einschätzung der Situation auch sehr hilfreich, wenn Sie uns ggf. vorhandene Vorbefunde zuschicken bzw. den Eltern Kopien mit diesem Bogen mitgeben könnten. Abhängig von den sich daraus ergebenden medizinischen Notwendigkeiten planen wir nach Erhalt der Unterlagen einen möglichst zeitnahen, passenden Termin. Bitte stellen Sie zum jeweiligen Termin eine Überweisung für die Fachrichtung „Neuropädiatrie“ aus, nach der Vorstellung erhalten Sie so schnell wie möglich einen Bericht.

Ich danke Ihnen im Voraus für Ihre Mühe und hoffe, Ihre Arbeit zur Versorgung der Patienten auf diese Weise möglichst gut unterstützen zu können.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
gez.



Dr. med. Andreas Sprinz
Facharzt KJM, SP Neuropädiatrie

An
ZiNK – Zentrum für interdisziplinäre Neuropädiatrie Kempten
Haubensteinweg 19
87439 Kempten
Fax: 0831 / 960761-90 oder E-Mail: info@zin-k.de

Information des überweisenden Arztes zur neuropädiatrischen Untersuchung und Mitbehandlung

Patientenname, -vorname: _____
geboren am: _____
Adresse: _____

Fragestellung bzw. (Verdachts-) Diagnose, Mitteilungen: _____

Vorliegende (Vor-) Befunde werden übermittelt.

Es liegen keine (Vor-) Befunde bei uns vor.

Wir halten einen

regulären Termin¹ dringenden Termin² Notfall- / SEHR dringenden Termin²
für erforderlich (*bitte ankreuzen, bitte Fußnoten beachten*).

Datum: _____

Praxisstempel

Unterschrift

¹ In der Regel erfolgt eine Vorstellung im ZiNK innerhalb der nächsten 2 bis 3 Monate.

² In diesen Fällen ist **unbedingt** eine **zusätzliche telefonische ärztliche Rücksprache** notwendig! Hierzu kann ein umgehendes Telefonat per Mail (Adresse: info@zin-k.de) angefragt werden.