Praxiszentrum Saarstraße

Dr. med. J. Harris / Dr. med. S. Hermanns

Kinder- und Jugendärztinnen

Anmeldeformular Kinder- und Jugendarztpraxis

Vielen Dank für Ihre Anfrage! Gerne prüfen wir, ob wir Ihr Kind als Neupatient bei uns aufnehmen können. Hierzu füllen Sie bitte die unten stehenden Punkte aus und senden uns diese via E-Mail an: team@praxiszentrum-saarstrasse.de

Name:

Geburtsdatum / errechneter Geburtstermin:

Vollständige Adresse inkl. Postleitzahl:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Versicherung Mutter:

Versicherung Vater:

(Voraussichtliche) Versicherung Kind:

Geschwisterkinder: ○ Ja, Anzahl: ○ Nein

Bei Wechsel:

Vorheriger Kinderarzt:

Grund für Wechsel:

Wichtig!

Wenn es unsere aktuelle Auslastung möglich macht und wir Ihr Kind aufnehmen können, melden wir uns bei Ihnen.

Bitte beachten Sie, dass das Ausfüllen des Anmeldebogens **keine Garantie** für eine Aufnahme in unserer Praxis ist. Bitte sehen Sie sich eventuell nach Alternativen um.

Ihr Team der Kinder- und Jugendarztpraxis