



Unsere Fragen im Vorfeld

Name/Vorname Patient:

Geburtsdatum:

Mutter:

Vater:

Betreuung durch:

Mit der Behandlung im MZEB Gera bin ich einverstanden.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Betreuer



Wohnort/Straße/Postleitzahl:

Erreichbar unter Telefon/Handy:

Tagsüber unter:

Krankenkasse:

Die Vorstellung erfolgt durch wen? (Arzt, Heim u.a.):

Überweisung durch:

Behandelnde Ärzte:

Wo können wir helfen? Was ist das Problem?

Welche Wünsche haben Sie an uns?



Welche Therapie bzw. Maßnahmen wurden bisher durchgeführt? (z.B. Krankengymnastik, Frühförderung, medikamentöse Therapien, psychiatrische Behandlungen, u.a.):

Wir bitten vorhandene Behandlungsberichte/Arztbriefe und eventuell bestehende Vorbefunde zur aktuellen Problematik dem Fragebogen beizulegen.

Vielen Dank und bis bald.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Katharina Anger
Leiterin MZEB Gera

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an uns zurück:

per Fax: 0365 828-4546

per Mail: mzeb.wkg@srh.de

per Post: SRH Wald-Klinikum Gera

MZEB

Straße des Friedens 122

07548 Gera

