

(Bitte hier die Kopfzeile der jeweiligen Arztpraxis einfügen)

SPZ Landshut  
Grillparzer Str. 9  
84036 Landshut  
**Fax: 0871-852-1440**  
**Tel: 0871-852-1325**  
sekretariat@spz-landshut.de

## SPZ - Anmeldung von Patienten

Betrifft Patient/in: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Überweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Bitte **alle** Angaben ausfüllen!

- Neurologie (Überweisung Neuro ausgestellt)
- Allergie- und Asthmaambulanzsprechstunde (SPZ-Schein erforderlich)

Bei dem oben genannten Patienten / der oben genannten Patientin ist aus meiner Sicht eine weitere Abklärung/Betreuung im SPZ erforderlich. Den Eltern wurde empfohlen, einen Termin bei Ihnen zu vereinbaren.

Ein Überweisungsschein wurde am \_\_\_\_\_ von mir ausgestellt und den Eltern mitgegeben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin / Arzt

\_\_\_\_\_  
Stempel Arztpraxis