

(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 mit hoher Dringlichkeit

Betrifft Patient/in: _____

Geb. am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Überweisungsgrund _____

Bitte alle Angaben ausfüllen!

- Neurologie (Überweisung Neurologie 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 dringender Termin ist notwendig innerhalb

umgehend einer Woche zwei Wochen drei Wochen

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

Unterschrift Ärztin / Arzt

Stempel/Arztpraxis