



ANMELDUNG

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Junge: Mädchen:

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Handy/Büro: _____

Überweisender Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____

Anmeldegrund:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Frühgeburt | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Schreibaby | <input type="radio"/> Unklare neurologische Erkrankung |
| <input type="radio"/> Motorische Auffälligkeiten | <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankung |
| <input type="radio"/> Entwicklungsverzögerung | <input type="radio"/> Muskelerkrankung |
| <input type="radio"/> Sprachentwicklungsverzögerung | <input type="radio"/> Kopfschmerzen |
| <input type="radio"/> Verhaltensstörung/Verhaltensauffälligkeiten | <input type="radio"/> Genetisch bedingte Erkrankung |
| <input type="radio"/> Zerebralparese | <input type="radio"/> Schulprobleme |
| <input type="radio"/> Bewegungsstörungen | <input type="radio"/> Probleme mit Konzentration und Ausdauer |
| <input type="radio"/> Mehrfachbehinderung | |

Waren Sie früher schon einmal in unserem Zentrum? Ja nein

Waren Sie schon einmal in einer anderen Einrichtung wie:

Praxis Dr. Peseschkian ja nein

Praxis Dr. Einig ja nein

VITOS Kinder- u. Jugendpsychiatrische Ambulanz in
Idstein oder Rheinhöhe ja nein

Sind Sie in einem anderen SPZ in Behandlung ja nein

Träger: HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH

Handelsregister: Amtsgericht Wiesbaden HRB 10028 · USt-ID-Nr DE183 092 254

Geschäftsführung: Corinna Glenz, Kristian Gäbler, Ludwig-Franz Hammerschlag · Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Ralf Kiesslich

Bankverbindung: BIC HYVEDEMMXXX · IBAN DE35 7002 0270 0015 7379 55

www.helios-kliniken.de/wiesbaden-horst-schmidt-kliniken