

Auftrag für Sozialmedizinische Nachsorge an die Kindergesundheitshaus gGmbH

Fachbereichsleitung: Katja Möller	mail: smn@kgHaus.de
Kontakt: Tel.: 030/ 80207304	Fax.: 030 / 80207305

SN angefragt durch/ Ansprechpartner		Telefonnummer für Rückfragen	
Datum		Entlassung geplant	
antragstellende Klinik + Station/ Zimmer			

Kontakt Daten Kind/ Kinder (Patientenkleber):

Name:	Vorname:
Geb.:	Nationalität:
Adresse:	
Bezirk:	
Name der Eltern:	
1. Telefonnummer:	2. Telefonnummer:
Deutschkenntnisse: ja	nein
Wenn nicht welche Sprache:	
Krankenkasse:	
Familienversicherung beantragt: ja/ nein	wenn nein, Hauptversicherter:
Versichertennummer:	

Auftrag

Diagnosen/ Auftrag:
Bereits installierte Hilfen incl. Kontaktdaten:
Hilfsmittel/ Besonderheiten der Ernährung:



Der/die Erziehungsberechtigten haben der Kontaktaufnahme mit der Kindergesundheitshaus gGmbH zugestimmt

Datum:

Unterschrift des Auftraggebers: