



## Anmeldeformular zur Lungen- und Allergie- sprechstunde

Dr. med. Jörg Müller und Kolleg\*innen  
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  
Bahnhofplatz 5  
79618 Rheinfelden  
Tel: 07623/8502 Fax: 07623/20488

Info: Aufgrund von vermehrt kurzfristig abgesagten oder nicht wahrgenommenen Terminen sind wir gezwungen folgende Vereinbarung mit Überweisungspatienten zu treffen.

Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare werden bearbeitet. Nach Einsendung kann sich der Patient ab dem nächsten Werktag telefonisch mit uns in Verbindung setzen, um einen Termin zu vereinbaren. Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, informieren Sie Ihre/n Patient/in und senden es an:

Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Jörg Müller **Fax: 07623/20488**

Patient/in:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern

Anamnese und Befunde:

- Normaltermin
- Notfall
  
- Lunge/Asthma
- Allergie
- Rheuma
- Haut

Kurze leserliche Beschreibung der Beschwerden und relevante Diagnosen:

Bitte bringen Sie relevante Vorbefunde (Allergietestungen, Medikamentengaben, relevante Familienanamnese), sowie eine quartalsaktuelle Überweisung und ggf. die Versicherungskarte zum Termin mit

**Hiermit erklärt sich der Patient/in oder der gesetzliche Vertreter sich damit einverstanden, dass ihm/ihr für Termine, die nicht spätestens 24h vorher abgesagt werden ein Ausfallhonorar von 50€ in Rechnung gestellt werden. Eine Absage kann auch pünktlich auf das Rezepttelefon/AB oder an [praxis@kinderarzt-rheinfelden.de](mailto:praxis@kinderarzt-rheinfelden.de) erfolgen, auch am Wochenende. Ich erkläre mich mit der Datenweitergabe einverstanden und wurde von meinem behandelnden Kinderarzt auf die Datenschutzregelung nach DSGVO hingewiesen. Diese ist ebenfalls auf [www.kinderarzt-rheinfelden.de](http://www.kinderarzt-rheinfelden.de) einsehbar.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient)

\_\_\_\_\_  
Stempel überweisenden Arztes