

NAME, VORNAME PATIENT:IN	
GEBURTSDATUM	
KOSTENTRÄGER/KV.-NR.	
ANSCHRIFT	
DIAGNOSE	
NAME - ANGEHÖRIGE	
ANSCHRIFT - ANGEHÖRIGE	
TELEFON	
ENTLASSENDE KLINIK (NAME)	
STATION	
TELEFON/FAX	
ANSPRECHPARTNER:IN	
AMBULANT BETREUENDE:R VERTRAGSARZT/-ÄRZTIN	
ANLIEGEN / AKTUELLE PROBLEMATIK	

Bitte den ausgefüllten Anmeldebogen an kinderpact-berlin@charite.de senden.
Wir sind bemüht, uns innerhalb von sieben Werktagen bei Ihnen zurückzumelden.