Terminmeldung an die Terminservicestelle
– Kinder- und Jugendärzte –

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben für **jeden Arzt/jede Ärztin** in der Praxis separat aus und senden Sie dieses per E-Mail an **tss@kvhh.de**.

Nachname des Arztes: _____

Vorname des Arztes: _____

LANR: _____

Adresse der Betriebsstätte: _____
(für die die Termine gelten)

BSNR: _____

Tel. oder E-Mail: _____
(für evtl. Rückfragen)

Bitte melden Sie mind. zwei Termine pro Monat und Arzt: einen Termin für eine Vorsorgeuntersuchung („U-Untersuchung“) und einen weiteren für eine reguläre Behandlung. Machen Sie dies jeweils kenntlich. Es steht Ihnen frei, weitere Termine zur Verfügung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass gemeldete Termine verbindlich sind. Termine sollten möglichst vier Wochen im Voraus gemeldet werden.

U-Untersuchung			
Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____

Behandlungstermin			
Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____
	____ : ____		____ : ____