

# Dr. med. Birgit Rieger

Kinder- und Jugendärztin

Kinder-Pneumologie, Schlafmedizin,

Tätigkeitsschwerpunkt Allergische Erkrankungen



## Ärztliche Anmeldung zur Kinderpulmologischen / Allergologischen / Schlafmedizinischen Untersuchung

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Rückrufnummer für Terminvereinbarung: .....

E-Mail-Adresse: .....

Hirschlachufer 1  
99084 ERFURT

Tel: 0361-734797

Fax: 0361-6021087

E-Mail: [mail@rieger-kinderaerztin.de](mailto:mail@rieger-kinderaerztin.de)

[www.rieger-kinderaerztin.de](http://www.rieger-kinderaerztin.de)

Diagnose(n): .....

### aktuelle Therapie:

Bedarfsmedikament: ..... wann zuletzt genommen: .....

Dauermedikation: .....

Allergie: (nachgewiesen - wogegen).....

Vorerkrankungen: .....

Stationäre Behandlung: (wann - wo) .....

Rehabilitation: (wann - wo - weshalb).....

Relevante Voruntersuchung: .....

➔ bitte Befund beifügen bzw. den Eltern mitgeben

Bemerkungen: .....

zuweisende Praxis: ..... Datum: .....

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift