

Anmeldeformular für die Transkulturelle Ambulanz

Bitte per Fax an: 07641-461-2929 oder per Mail an: tka@zfp-emmendingen.de

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer (wichtig für Planung): _____

Herkunft: _____

Muttersprache: _____

Sonstige Sprachen: _____

Zuständiger Flüchtlingssozialdienst: _____

Versicherung/Behandlungsschein: _____

Diagnose vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hausärztin/Hausarzt: _____

Grund für die Konsultation (kurze Beschreibung der Beschwerden):

Sprachmittlung notwendig? Ja Nein

Falls notwendig, bitten wir Sie diese im Vorfeld zu organisieren.

Angaben zur vermittelnden Stelle:

Anmeldung durch: _____

Rückrufnummer und Mail-Adresse für Terminvereinbarung: _____

Anmeldedatum: _____

Wichtige Hinweise:

- Eine **hausärztliche Überweisung** ist notwendig.
- Ein **Lageplan** findet sich auf der Website.
- Bei Terminverschiebungen und anderen Anliegen bitten wir um eine weitere Kommunikation über **Mail**.