

DIESEN EXPERTEN/DIESE EXPETERIN KANN ICH IHNEN EMPFEHLEN:

Vorname:		Nachname:		Titel:	
Klinik:					
Straße			Hausnummer:		
PLZ:			Ort:		
Ordination:					
Straße			Hausnummer:		
PLZ:			Ort:		
Telefon:			Email:		
Fach:					
Zusatzgebiete/Fortbildungen in:					
Spezialgebiet:					
Große Erfahrung in:					
Umgang mit den Patient/innen:					
<input type="checkbox"/> Nimmt sich Zeit		<input type="checkbox"/> Geht auf Fragen ein			
<input type="checkbox"/> Informiert umfassend		<input type="checkbox"/> Begegnet den Eltern und dem Kind mit Respekt			
<input type="checkbox"/> Spricht mit dem kranken Kind		<input type="checkbox"/> Erklärt auch dem Kind die Therapie/Behandlung verständlich <input type="checkbox"/> Ist in unserem Fall nicht relevant.			
<input type="checkbox"/> Ist auch für finanziell schwache Familien leistbar		<input type="checkbox"/> Kassenvertrag mit:			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:					