



Zuweisung zur klinisch-psychologischen Diagnostik

Für Frau / Herrn _____

geboren am: _____

Sv.Nr.: _____

Kostenträger: _____

Adresse: _____

(mitversichert bei:) _____

(Versicherter geb. am:) _____

Sv.Nr.: _____

beschäftigt bei: _____

wird die Durchführung einer klinisch-psychologischen Diagnostik

bei

Mag. Gerald Kollmann

Gesundheits- und Klinischer Psychologe
9020 Klagenfurt, Villacher Straße 6

Tel. und Fax: 0463 – 59 88 88
mobil: 0699 – 18 85 54 04

Ordinationszeiten:

Montag	08:00 – 12:00		13:00 – 15:00
Dienstag	08:00 – 12:00		13:00 – 17:00
Mittwoch			16:00 – 19:00
Donnerstag	10:00 – 12:00		13:00 – 18:00
Freitag	08:00 – 12:00		

(tel. Voranmeldung erbeten)

wegen _____

Fragestellung und/oder Verdachtsdiagnose nach ICD10

erbeten.

Datum: _____

Stempel und Unterschrift