

Akteneinlage zum Ablauf Berliner TransitionsProgramm

Name:

Vorname:

geb. am:

Teilnahme gewünscht	ja	nein
Kostenübernahme	ja	nein
1. Transitionsgespräch	ja	nein
Kinder- und Jugendspezialist		
Kennlernsprechstunde in Erwachsenenmedizin:	ja	nein
2. Transitionsgespräch	ja	nein
Abschlussgespräch	ja	nein