

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

für eine optimale Terminplanung und korrekte Einschätzung der Dringlichkeit benötigen wir noch einige Informationen.

Bitte faxen Sie alle relevanten Vorbefunde und dieses Formular, vollständig ausgefüllt, an:

Fax: 0451 – 500 45218

Wir nehmen zur Terminabsprache umgehend Kontakt mit der zu behandelnden Person auf.

Anfordernde Praxis / Praxisstempel:	
Ansprechpartner in der Praxis für Rückfragen:	
Gewünschte Sprechstunde: (Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Endokrinologie <input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> Pulmologie <input type="checkbox"/> Infektiologie
Patientendaten:	Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____ Krankenversicherung : _____
Diagnosen (V.a.):	
Fragestellung:	
Mobilität	<input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend