

Anforderung Termin

(Antwort bitte per Fax an 0561-94913108)

Absenderdaten	Praxis:	Fax:	Tel.:
----------------------	----------------	-------------	--------------

Patientendaten	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer bitte mobil, sonst mit Zeitfenster	

Grund der Anmeldung/ Diagnose/Verdacht	
Fragestellung/Bemerkung	

Überweisung	
☐ Dringlichkeitscode (TSS)	(bitte Code hier angeben und auf Überweisungsschein kleben)
☐ Hausarztvermittlungsfall	Überweisungsschein bitte mit Angabe unserer BSNR: 420436100
☐ Nicht dringlich	
Bitte Pat. darauf hinweisen, alle relevanten Voruntersuchungen zum Termin mitzubringen Medikamentenplan, Diagnosenliste, relevante Arztbriefe über Facharztbesuche oder Klinikaufenthalte, CDs mit CT/MRT und dazugehörigem schriftlichen radiologischen Befund	

<i>(bitte nicht ausfüllen)</i> Rückantwort	
Termin	
Bemerkung	
☐ Der Patient war leider trotz mehrerer Versuche von uns nicht erreichbar	