

Per Fax an 05331 934 3202

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____ Krankenkasse: _____
Privat versichert: Ja Nein

Dringlichkeit

1-3 Tage 1-2 Wochen länger als 3 Wochen

Aktuelle Beschwerden mit ggf. Verdachtsdiagnose

Bisher durchgeführte Untersuchungen

Es wurde bereits ein bildgebendes Verfahren durchgeführt?

Ja, dann bitte die CD mitgeben Nein

Befunde

Befunde werden gefaxt:

Befunde werden dem Patienten mitgegeben:

Bemerkung:

Kontakt Daten zur Terminfindung:

Fax: 05331 934 -**3202**

Telefon: 05331 934 -**3205**

