



Patientendaten

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Krankenversicherung

Bitte um Terminvergabe (*bitte ausfüllen und per E-Mail an uns senden*)

Erstvorstellung: ja nein

Dringlichkeit:

sofort (Notfall)

innerhalb der nächsten 2-4 Wochen (Eilfall)

keine (nächster regulärer Termin)

Diagnose (*bitte unbedingt angeben*)

.....

.....

Fragestellung (*bitte unbedingt angeben*)

.....

.....

Spezialdiagnostik erwünscht?

.....

.....

Mobile Untersuchung ja nein

.....

.....

Telefonnummer des Patienten:

*Wir bitten Sie vorhandene Befundkopien (z.B. Bildgebung, Laborwerte) o. Ä. mitzugeben oder zu übermitteln. Der Patient wird innerhalb der nächsten 3 Werktage zwecks telefonischer Terminvereinbarung von uns angerufen. Bei **Notfällen** bitten wir Sie um eine telefonische Anmeldung.*

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des einweisenden Arztes