

Adresse des Patienten/ Patientenaufkleber:

Frau/ Herrn (nicht zutreffendes bitte streichen)

.....

.....

..... ..

*Faxformular zur
Patientenanmeldung für
operative Eingriffe*

HELIOS Klinikum Berlin-Buch
HNO Fax-Nr.

030/ 94 01 - 54 109

Patientenname:

Tel.-Nr. Patient (Wir vereinbaren telefonisch mit dem Pat. einen Vorstellungstermin)

Festnetz:

Mobil:

Krankenversicherung:

Diagnose:

Operatives Verfahren:

Grunderkrankungen:

Dauermedikation:

Stempel Arztpraxis