

Anmeldung von Patienten per FAX an: 030/9401-52609

stationäre Einweisung

Sprechstundentermin Allg. Gastroenterologie CED Leber Pankreas

ambulante Endoskopie Gastroskopie Koloskopie
 Endosonographie _____

Patient/in (wir vereinbaren telefonisch mit dem Pat. einen Termin)

Vorname und Nachname:

Geb.-Datum:

Festnetz:

Mobil:

Krankenversicherung:

Wahlleistung: ja nein

Vorstellungsart: ambulant stationär

Vorstellungsgrund/Fragestellung:

ggf. Vorbefunde mitfaxen

Stempel Arztpraxis

Name des Arztes/der Ärztin:

Telefonnummer für evtl. Rückfragen:

Bitte beachten:

- Bei dringlicher Anmeldung bitte telefonische Kontaktaufnahme, siehe hierzu Website
- Bei elektiver Vorstellung in hepatologischer oder CED-Ambulanz bitte Vorbefunde anhängen.
- Bitte zum Termin Überweisungs- oder Einweisungsschein mitgeben.
- Mit dem Versand des FAX-Formulars wird bestätigt, dass der Patient/ die Patientin sein/ihr Einverständnis hierzu gegeben hat.