

FAX - Formular für die Anmeldung von Patienten zur stationären Aufnahme oder ambulanten Vorstellung

Fax #: Nr. 0421 / 497 – 4618 oder 3307

(auf Wunsch erfolgt Rückruf an die Tel.-Nr. im Praxisstempel)

Patient/in ist auf Station/Ambulanz..... bekannt / Fortsetzung einer laufenden Behandlung

Patientendaten	
Name:	
Vorname	
Geb.-Datum	
Telefon-Nr.	
Straße	
PLZ, Ort	

Krankenversicherung	
---------------------	--

<input type="checkbox"/>	GKV
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	Privat
--------------------------	---------------

Medizinische Information / Fragestellung / Behandlungsauftrag	
Bitte einschlägige Vorbefunde und Berichte beifügen !	
<input type="checkbox"/>	Telefonische Kontaktaufnahme gewünscht

Praxisstempel / Unterschrift

Terminwunsch: _____

Viszeralonkologische Sprechstunde

Tel.: 0421 497 4444

Arzt – Arzt Hotline 8.00 – 17.00 Uhr:

- Gastroenterologie/Endoskopie: 0421 497 4442

- Viszeral Chirurgie: 0171 2024125

- Hämatologie/Onkologie: 0170 9145905

Telefon und Fax-Nr. der Praxis

bitte leserlich schreiben

Erstellt von: Hr. Mählmann, QM	Dateiname: KBM_KBM_FB_Fax für die Anmeldung von Patienten_V2.0_2016-10-17
Geprüft von: Prof. Dr. Bektas, CA ACH	Gültig bis: zur Erstellung einer neuen Version
Freigegeben von: Prof. Dr. Ockenga, KD In. Med.II Signatur: SharePoint	Seite 1 von 1