

ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG

Gesetzlich versicherte Patient*innen

Ich bitte um einen ambulanten Vorstellungstermin

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vorstellungszweck:

Neuvorstellung Kontrolluntersuchung

Schwangerschaft / Kinderwunsch Allgemeine Beratung

Medikamentöse Therapieoptimierung Zweitmeinung

Vagusnerv-Stimulation

Sonstiges: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Die Terminvergabe erfolgt so schnell wie möglich.

Telefonisch erreichen Sie die Terminvergabe unter Tel. 0228 287-16195