

## ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG

Privat versicherte Patient\*innen

Ich bitte um einen Vorstellungstermin  ambulant  stationär

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Behandlung gewünscht bei Oberarzt: \_\_\_\_\_

### Vorstellungszweck:

Neuvorstellung  Kontrolluntersuchung

Schwangerschaft / Kinderwunsch  Allgemeine Beratung

Medikamentöse Therapieoptimierung  Zweitmeinung

Vagusnerv-Stimulation  Operative Therapie

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die Terminvergabe erfolgt so schnell wie möglich.**

**Telefonisch erreichen Sie das Vorzimmer von Herrn Prof. Dr. R. Surges unter  
Tel. 0228 287-15728**