## **Faxanmeldung**

## **Innere Medizin und Gastroenterologie** Professor Dr. med. J. Tischendorf Tumorzentrum

**Faxnummer: 02405 62 37 99**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

um Ihnen die Anmeldung eines **elektiven Patienten** zu erleichtern und eine bessere Koordination zu ermöglichen, nutzen Sie gerne diese Faxvorlage.

Sollte ein ärztlicher Telefonkontakt gewünscht sein, so wählen Sie bitte unsere Oberarzthotline 02405 62 1165 (8-16 Uhr).

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift, Telefon:

Versichertenstatus:

**Dringend? Ja**  **Nein**

**Klinische Angaben, Vorerkrankungen**

**Gewünschte Untersuchungen, relevante Vorbefunde:**

**Antikoagulation? Ja;** **Nein**

**Terminabsprache mit?**  **unserer Praxis**  **dem Patienten**

Praxisstempel

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. , Unterschrift