

PER FAX an: 08122 / 94 55 8 333

Anforderung eines dringenden gastroenterologischen Termins für:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

- Sprechstunde ÖGD Koloskopie Sonographie

Grund der Terminanforderung:

- akute Beschwerden**

Vorbefunde/Arztbriefe per Fax

Medikation: _____

aus ärztlicher Sicht notwendiger Termin spätestens bis: _____

oder

- Mitbeurteilung/Zweitmeinung bei bestehender Erkrankung**

Vorbefunde/Arztbriefe und Medikamentenplan per Fax

aus ärztlicher Sicht notwendiger Termin spätestens bis: _____

oder

- nach Entlassung aus Krankenhaus**

Weiterverordnung von Medikamenten und Vergabe Kontrolltermin

rascher Termin erforderlich, weil _____

aus ärztlicher Sicht notwendig bis _____

Zur besseren Planung der Behandlung bitten wir Sie, uns **alle vorhandenen Vorbefunde sowie den aktuellen Medikamentenplan vorab per Fax** zukommen zu lassen!

Tel-Nr. (Durchwahl) Ihrer Praxis: _____

Wir werden den Patienten kontaktieren und ihm seinen Termin mitteilen!