

**PER FAX an: 08122 / 94 55 8 333**

Anforderung eines dringenden pneumologischen Termins für:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Grund der Terminanforderung:

**akute Beschwerden**

Vorbefunde/Arztbriefe per Fax

inhalative 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 (Praxis Centner & Marschall) werden den Patienten kontaktieren und ihm seinen Termin mitteilen!