



Fax-Anmeldung für zuweisende Ärzte

Fax: 06232/620301

Patientenname: _____

Krankenversicherung des Patienten: GKV PKV

Patienten-Telefon-Nr.: _____

Grund der Überweisung:

- Angina pectoris
- Herzkatheteruntersuchung
- Herzrhythmusstörungen
- Echo
- Sonstiges

Terminwunsch: _____

Telefonnummer: _____

(für evtl. Rückfragen)

Praxisstempel: