

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Datum



Dysplasiezentrum
Schleswig-Holstein

Bitte per Fax senden!

Flensburg: **0461 5050635**
 Kiel: **0431 6674213**
 Lübeck: **0451 38849948**
 Neumünster: **04321 3905699**
 Ratzeburg: **04541 858643**
 Rendsburg: **04331 59190918**

Patientinnen-Anmeldebogen für die Dysplasie-Sprechstunde

Einweiser: _____

Befund: _____

Auftrag: _____

Relevante Vorerkrankungen oder Voroperationen:

Gewünschter Termin im Standort

- Flensburg Kiel Lübeck
 Neumünster Ratzeburg Rendsburg

Bitte geben Sie den Termin

- direkt an die Patientin/ Telefon: _____
 an die Einweiser-Praxis.

Praxis-Stempel

07/2022



Anschriften und Telefonnummern
unserer Praxen:
www.abts-partner.de



Online-Bestellung von Informations-
material für Ihre Patientinnen:
www.abts-partner.de/bestellung