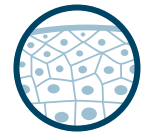


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Datum



Dysplasiezentrum
Schleswig-Holstein

Bitte per Fax senden!

Flensburg: 0461 5050635
 Geesthacht: 04152 9049979
 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 Geesthacht
 Neumünster Ratzeburg Rendsburg

Bitte geben Sie den Termin

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

Praxis-Stempel

DYS1013.01_25

Termin:

Bitte geben Sie der Patientin alle relevanten Befunde und eine Überweisung mit.

Mo Di Mi Do Fr	Datum:	Uhrzeit:
----------------	--------	----------



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



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