

Anfrage für einen Notfalltermin bei medizinisch dringlicher Indikation

Formular und Vorbefunde an 040-7410-55193 faxen!

Bitte per Computer ausfüllen.

Patient:innendaten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon Patient:in

Zur Terminvereinbarung

in Kooperation mit der
II. Medizinischen Klinik

Medizinische Anliegen

Hämostaseologische Fragestellung

Relevante Vorerkrankungen und Diagnostikergebnisse

Aktuelle Medikation

Datum

Praxisstempel

Unterschrift Arzt

Telefon behandelnde:r Arzt oder Ärztin

Für Rückfragen unbedingt angeben!