

Terminanfrage für einen ambulanten Termin in der privatärztlichen neurologischen Sprechstunde

Patientendaten

Vor- und Zuname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

Private Krankenkasse: _____

Vorbehandelnder Arzt: _____

Ärztliche Indikation für die Terminnotwendigkeit in unserer
privatärztlichen ambulanten Sprechstunde:



→ Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular **mit allen relevanten Vorbefunden als Anhang** per Fax (0791/753-3032) oder per Post zu (aus Datenschutzgründen bitte nicht per E-Mail). Wir danken im Voraus.

Rückantwort von der neurologischen Ambulanz:
(vom Klinikum auszufüllen)

Termin am:

(Sie finden uns im Erdgeschoss des Neubaus – B0)