**Terminanfrage**

an die Kardiologische Gemeinschaftspraxis Papenburg

Fax-Nr. 04961/8369922

# Terminanfrage vom für

(Datum) (Patientenname, Vorname, Geburtsdatum)

**Telefonnummer des Patienten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# aus Praxis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dringlichkeit:**  |  Pat. bekannt  |  Pat. neu  |  Rückruf erbeten  |
|  **Notfall** sofort  |  **dringlich** innerhalb von 2 Wochen  |  innerhalb 1 Monat  |
|  Kontrolluntersuchung  |  3 Monate  |  ½ Jahr  |  1 Jahr  |
|  **Hausarztvermittlungsfall**  |
|  **Aktuelle Medikation** (ggf. Anlage):  |
|  **Fragestellung, Beschwerden (seit wann):**    |
|  **Vorbefunde, Labor:**   keine  in Kopie mitgegeben |
| **Terminvorschlag von kardiologischer Gemeinschaftspraxis**:  |
| Datum:  | Uhrzeit:  |  Dr. Wilke | Dr. Malazhavy  |  Dr. Denchev |