**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 | |