

An die
 Kardiologische Praxis
 Dr.med. Michael Stratmann
 Schloßstraße 5
 13507 Berlin

Praxisstempel/Absender

Fax-Nr.: 030 / 40 57 35 07

Wir bitten um Terminvergabe für

Name	Vorname	Geb.Datum	Tel.Nr. / mobil
------	---------	-----------	-----------------

Terminmitteilung an: Patient Praxis

Patientencharakteristik:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Patient bekannt |
| <input type="radio"/> Privat versichert | <input type="radio"/> Neuer Patient |

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> EKG | <input type="radio"/> Ergometrie |
| <input type="radio"/> Echo | <input type="radio"/> Stressecho (Fahrrad) |
| <input type="radio"/> Langzeit-EKG | <input type="radio"/> Langzeit-RR |
| <input type="radio"/> Schrittmacher-Kontrolle | <input type="radio"/> Carotisdoppler |
| <input type="radio"/> Oberbauchsonografie | <input type="radio"/> Schilddrüsenultraschall |
| <input type="radio"/> andere | |

Soforttermin – noch diese Woche

Begründung:

Terminvergabe innerhalb von 4 Wochen Regulärer bzw. Kontroll-Termin

Erledigt am:	Unterschrift:
Termin am:	um: