

FAX-Anmeldung

zur ambulanten Operation

Einweisender Arzt

(Praxisstempel)

Patient/-in:

Name: _____

Vorname: _____

Versicherung: _____

PLZ/Ort: _____

Vorwahl/Tel.-Nr.: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

Diagnose:

Vorgesehene Operation:

Präop. Befunde:

Terminvereinbarung direkt mit dem Patienten erbeten ja nein

Termin wurde telefonisch für den _____ vereinbart.

Die postoperative Betreuung soll über meine Praxis erfolgen ja nein

Die postoperative Betreuung soll über die Chirurgische
Ambulanz der Hochtaunus-Kliniken Bad Homburg erfolgen. ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____