

**PD Dr. med. Jörg Johannes Höer**  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
- Zentrum für minimal Invasive Chirurgie –  
Urseler Straße 33  
61348 Bad Homburg  
Tel.: 06172-14-3131 Fax: 06172-14-4646  
Internet: www.allgemeinchirurgie-badhomburg.de



---

***FAX-Anmeldung***  
***zur stationären 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.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_