

**Fax-Anmeldeformular zur
kardiologischen Abklärung**
Fax-Nr.: 06233/ 35784 - 93

Dr. med. Angelika Guth, MBA
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Kardiologie
Präventivmedizin (dapm)
Psychokardiologie
Notfallmedizin

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____
(wenn möglich, immer angeben)

Überweisungsgrund _____

- Dringlichkeit
- hoch (max. 2 Tage)
 - mäßig (innerhalb 1-3 Wochen)
 - nicht dringlich
 - Patient bekannt, Routinekontrolle

In ganz dringenden Fällen (Terminwunsch am gleichen oder nächsten Tag)
bitte **telefonische Anmeldung unter 06233/ 35784- 91**

überweisender Arzt _____

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen _____

Praxisstempel _____ Datum _____

Wir setzen uns mit
Ihren Patienten zur
Terminvereinbarung
in Verbindung.