

Terminanforderung per Fax: 0661-84 2002**Fachbereich** Kardiologie Herz-Thoraxchirurgie Pneumologie Gefäßchirurgie**Patientendaten**

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum)

(Telefonnummer)

(Adresse)

Versicherungsstatus GKV Wahlleistung: Chefarzt ___-Bettzimmer**Infektionen** MRSA sonstige:**Vorbefunde** (bitte übermitteln) Arztbrief Medikamentenplan Funktionsdiagnostik Röntgen/CT/MRT*
 Weitere: * ggf. CD mitgeben/mitbringen**Einweisungs-Diagnose / Indikation / Fragestellung****Gewünschte Untersuchung:**

(falls bereits festgelegt)

Art der Vorstellung: ambulant nur eingeschränkte Zulassung vor-/nach-stationär stationär
siehe www.herz-thorax-zentrum-fulda.de
 Konsiliarische Untersuchung (von Klinik) Verlegung (aus Klinik)**Hinweis zur Vorstellung** (z.B. besondere Terminvorstellungen):**Information bzgl. Termin** (☞ bitte gewünschtes ankreuzen) an Patient an Anforderer Hausarzt (Name/Ort): _____**Kontaktdaten Anforderer:**

(Name, Praxis)

(Telefonnummer)

(Faxnummer)

IN NOTFÄLLEN BITTE DIREKTER KONTAKT MIT DEN KLINIKEN!