



PD Dr. S. Perings
Dr. I. Bläse
PD Dr. T. Lauer
Dr. M. Berr

Prof. Dr. W. Scherbaum
Dr. L. Kleinebrecht
Dr. R. Schneider
M. Hergenröder

dringliche Patientenvorstellung

AN: MVZ CardioCentrum Düsseldorf

VON:

FAXNUMMER:
0211 9152 999

Durchwahl für Rückfragen:

DATUM:

GESAMTSEITEN (einschl. dieser Seite):

dringend zur Erledigung zur Stellungnahme zur Kenntnis mit Dank zurück

Name des Patienten:

geb. am:

zu erreichen unter:

Krankenkasse:

bitte Termin innerhalb von 4 Kalendertagen

14 Kalendertagen *

35 Kalendertagen *

spätestens morgen
bitte telefonische Rücksprache

* die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Vermittlungsart liegen vor und wurden dokumentiert

Arztunterschrift/Stempel

MVZ CardioCentrum Düsseldorf GmbH

Königsallee 61, 40215 Düsseldorf

Tel.: 0211-9152990 Fax: 0211-9152999

BSNR: 242038000

	Faxdeckblatt
	dringliche Vorstellung
CardioCentrum Düsseldorf	Version: 5.0 / 06.01.2023