Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Datum

Dysplasiezentrum
Schleswig-Holstein

Bitte per Fax senden!

Flensburg:	**0461 5050635**
Geesthacht:	**04152 9049979**
Kiel:	**0431 9741381**
Lübeck:	**0451 38849948**
Neumünster:	**04321 3905699**
Rendsburg:	**04331 59190918**

Patientinnen-Anmeldebogen
für die Dysplasie-Sprechstunde

Einweiser: _____

Befund: _____

Auftrag: _____

Relevante Vorerkrankungen oder Voroperationen:

_____

_____

Gewünschter Termin im Standort

☐ Flensburg ☐ Kiel ☐ Lübeck ☐ Geesthacht
☐ Neumünster ☐ Rendsburg

Bitte geben Sie den Termin

☐ direkt an die Patientin/ Telefon: _____
☐ an die Einweiser-Praxis.

Praxis-Stempel

DYS101312_25

Termin:

Bitte geben Sie der Patientin alle relevanten Befunde und eine Überweisung mit.

Mo Di Mi Do Fr	Datum:	Uhrzeit:

Anschriften und Telefonnummern unserer Praxen:
www.abts-partner.de

Online-Bestellung von Informationsmaterial für Ihre Patientinnen:
www.abts-partner.de/bestellung