



FAX Terminvereinbarung

Bitte faxen Sie dieses Formular an 02181 / 162660

**Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte faxen Sie uns dieses Formular. Wir melden uns dann mit einem
Terminvorschlag bei Ihnen.**

Gewünschte Wochentage: MO DI DO FR (bitte ankreuzen)

Gewünschte Tageszeit: (8 – 12:30 Uhr)

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum :

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Krankenkasse:

Sind Sie bereits Patient in der Praxis ? JA / NEIN