

## Einweiseranfragen Endoprothetikzentrum

Rückmeldung an: E-Mail: orthopaedie.bna@marienhaus.de · Telefax: 02641 83-895670

Datum: \_\_\_\_\_

### Patientenangaben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt/Facharzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bitte um:

Rückruf unter \_\_\_\_\_  Zweit-Meinung

Terminvergabe für folgende Sprechstunde \_\_\_\_\_  OP-Termin

Rückmeldung zu folgenden Anliegen/ Fragen / Komplikationen:

Anfordernder Arzt: \_\_\_\_\_ Durchwahl: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_