

An:
NeuroMed Campus
Neurologische Gemeinschaftspraxis
Werthmannstraße 1c
50935 Köln
per Fax: 0221-943812-29
E-Mail: praxis@neuromed-campus.de
Telefon: 0221-9438120
BSNR: 273836800

Datum:

Hausarztvermittlungsfall (Eilt!)

Adressdaten/Stempel der vermittelnden Praxis:

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Wir bitten um kurzfristige Untersuchung/Behandlung des oben genannten Patienten wegen:

Rückantwort:

Termin am: _____

Standort _____

BSNR: _____

Bitte Patient informieren: