

FAX-Anmeldung

Urologische Klinik
zur ambulanten Operation im

040 / 2546 - 2440

**AMBULANTE OPERATION IN DER
UROLOGISCHEN KLINIK
ALFREDSTRASSE 9
22087 HAMBURG**






M A R I E N
K R A N K E N H A U S

CHEFARZT: DR. MED. FERNANDEZ DE LA MAZA

Telefon : 040 / 25 46 - 2441
Telefax : 040 / 25 46 - 2440
E-mail:

einweisender Arzt: (Praxisstempel)

Patient: männl.: weibl.:   

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____



Anschrift: _____

Plz/Ort: _____

Vorwahl/Tel.-Nr.: _____

Fax /E -Mail: _____

Diagnose:
vorgesehene OP:
prae op. Befunde:
Terminwunsch:

 Terminvereinbarung direkt mit dem Patienten erbeten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
 Erbitten Rücksprache mit der Praxis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------