

ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG

Privat versicherte Patient*innen

Ich bitte um einen Vorstellungstermin ambulant stationär

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Behandlung gewünscht bei Oberarzt: _____

Vorstellungszweck:

Neuvorstellung Kontrolluntersuchung

Schwangerschaft / Kinderwunsch Allgemeine Beratung

Medikamentöse Therapieoptimierung Zweitmeinung

Vagusnerv-Stimulation Operative Therapie

Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift

Die Terminvergabe erfolgt so schnell wie möglich.

**Telefonisch erreichen Sie das Vorzimmer von Herrn Prof. Dr. R. Surges unter
Tel. 0228 287-15728**