

Überweisung

Dies gilt für alle **Überweisungen**, die unsere Praxis **bereits mit Ihnen besprochen hat** oder um eine **Kontrolluntersuchung** bei einem Gebiets - Arzt.

Alle aktuellen Überweisungen bedürfen eines Arzt - Patienten Termin.

Die Überweisung liegt **nach ärztlicher Prüfung** für Sie **zur Abholung** bereit :

- Mo bestellt : Mi fertig
- Di bestellt : Do fertig
- Mi bestellt : Fr fertig
- Do - So bestellt : Di fertig

Bitte berücksichtigen Sie, dass eine Überweisung **nur erstellt werden kann,**

wenn die **Krankenkassenversicherungs-Chipkarte** im **laufenden Quartal schon eingelesen** wurde.

Bitte informieren Sie uns über Ihre / n (wenn zutreffend / bzw. wenn uns noch nicht genannt) :

- Grad der Behinderung
- Pflegestufe
- Telefonnummer
- Mail Adresse

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum *

E-Mail Adresse *

Fachrichtung 1 *

Fachrichtung 2

☐

Nachricht

Zustimmung *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - gemäß

der Datenschutzerklärung – zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

Captcha *



* Pflichtfelder

Absenden