

## 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 \*

5I5BD  

\* Pflichtfelder

Absenden