

Anmeldung zur ambulanten Vorstellung Klinik für Herz-, Thorax-, und Gefäßchirurgie



Bitte ankreuzen und per Fax an die jeweilige Nummer senden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgische Sprechstunde
Fax: +49 30 4593-2137 | <input type="checkbox"/> TAVI-Sprechstunde
Fax: +49 30 4593-3114 |
| <input type="checkbox"/> Kunstherzsprechstunde
Fax: +49 30 4593-2209 | <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie Sprechstunde
Fax: +49 30 4593-2143 |
| <input type="checkbox"/> Mitralklappensprechstunde
Fax: +49 30 4593-2137 | <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde
Fax: +49 30 4593-2137 |
| <input type="checkbox"/> Transplantationsambulanz
Fax: +49 30 4593-2143 | <input type="checkbox"/> Aortensprechstunde
Fax: +49 30 4593-2137 |

Patient

Name, Vorname:		
Adresse:		
Telefon:		Geburtsdatum:

Angaben zur Anamnese

--

Bitte wenn möglich Arztbrief und Befunde ebenfalls per Fax senden. Bildgebung via CD oder Datentransfer.

Anmeldender Arzt

Name:	
Praxis/Klinik:	
Telefon:	
Fax:	
Stempel, Unterschrift	