



## DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN

STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

### Anmeldung zur ambulanten Vorstellung

Bitte ankreuzen und per Fax an die jeweilige Nummer senden:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Herzchirurgische Sprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2139, Fax: +49 30 4593-2137                   | <input type="checkbox"/> <b>TAVI-Sprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2002, Fax: +49 30 4593-2137                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Kunstherzsprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2222, Fax: +49 30 4593-2209                           | <input type="checkbox"/> <b>Pulmonale Hypertonie-Sprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2141, Fax: +49 30 4593-2143 |
| <input type="checkbox"/> <b>Mitralklappensprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2002, Fax: +49 30 4593-2137                       | <input type="checkbox"/> <b>Privatsprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2139, Fax: +49 30 4593-2143                |
| <input type="checkbox"/> <b>Transplantationambulanz</b><br>Tel: +49 30 4593-2141 (ab 16:00 Uhr: -2090)<br>Fax: +49 30 4593-2143 | <input type="checkbox"/> <b>Aortensprechstunde</b><br>Tel: +49 30 4593-2002, Fax: +49 30 4593-2137                |

**Patient:**

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Geburtsdatum:

Angaben zur Anamnese:

Bitte wenn möglich Arztbriefe/Befunde ebenfalls per Fax senden.

**Anmeldender Arzt:**

Name:

Praxis/Klinik:

Telefon:

Fax:

Stempel *(optional)*