



DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN

STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Anmeldung zur ambulanten Vorstellung

Bitte ankreuzen und per Fax an die jeweilige Nummer senden:

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