

Internisten

IM POSTCENTER

ÜBERWEISERBOGEN

Überweisende Praxis (zuständiger Arzt): _____

Praxis-Durchwahl: _____ Email: _____

ANGABEN ZUR ÜBERWEISUNG:

Patientenname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Diagnose: _____

Bisherige Diagnostik (Vorbefunde lassen Sie uns gerne per Email oder Fax zusammen mit diesem Überweiserbogen zukommen):

Gewünschte Untersuchung:

Gastroenterologie: Sonographie Gastroskopie Koloskopie

Kardiologie: Echokardiographie

Fragestellung: _____

Relevante Vordiagnosen:

Notfalltermin

regulärer Termin