

Eiliges Fax zur Patientenaufnahme: 07761 / 5566-199

Akuteinweisung in das Σ Sigma-Zentrum

Patient/Patientin:

Name: _____ Vorname: _____ Geboren: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Krankenversicherung _____

Der Patient ist beihilfeberechtigt bei _____

Es besteht eine Zusatzversicherung bei _____

Diagnose: _____

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Kontaktperson im Sigma-Zentrum: _____

(Rückfragen über das Arzt-Telefon 07761/5566-300)

Hinweise an den aufnehmenden Arzt: _____

Einweisende Praxis:

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Datum und Unterschrift des Arztes

Name des Arztes, Adresse oder Stempel