

## Faxanfrage Hausarztvermittlungsfall



**Unsere Fax-Nr.: 0511 – 353 608 43**

**Unsere Tel.-Nr. für Arztpraxen: 0511 - 353 888 10** (bitte nicht weitergeben)

Name, Vorname PatientIn: \_\_\_\_\_

Geb. - Datum PatientIn: \_\_\_\_\_

Tel. – Nr. des PatientIn (!): \_\_\_\_\_

Tel. Nr. Ihrer Praxis: \_\_\_\_\_

### **Bitte anfügen:**

1. Überweisung mit Vermittlungscode und konkreter Fragestellung (!)

2. Ihr Praxisstempel:

3. Datum: \_\_\_\_\_

**Für Ihre Praxis: Bitte GOP 03008 abrechnen, Angabe unserer BSNR: 091 982 600**

---

***Feedback an Ihre Praxis durch das Kardiologikum***

**Terminvermittlung ist möglich: *ja*      *nein***

**Geplanter Termin, Uhrzeit:**