

# Termin beim Facharzt



## Terminvermittlung für sprachbeeinträchtigte und hörgeschädigte Menschen

Bitte füllen Sie das Formular gut lesbar mit Ihren persönlichen Angaben aus und faxen Sie es an die **06131 326-327**.

Ich kann nicht hören

Ich kann nicht sprechen

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Postleitzahl, Ort

-----  
Faxnummer (für die Rückmeldung der TSS)

-----  
Krankenkasse

### ANGABEN ZUR ÜBERWEISUNG

Mir liegt eine Überweisung zum Facharzt vor  JA  NEIN

Diese Überweisung wurde ausgestellt von:

-----  
Vor- und Nachname, Praxisort, BSNR und Telefonnummer des überweisenden Arztes

Die Überweisung ist mit einem Code versehen  JA  NEIN

Der zwölfstellige Code lautet:    - - - - - - - - - - - - - - - -

Die Überweisung wurde ausgestellt an einen Facharzt folgender Fachrichtung:

-----  
Bitte die genaue Facharztbezeichnung von der Überweisung übernehmen

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zweck der Terminsuche erfasst und gespeichert werden. Die von mir gemachten Angaben werden an Facharztpraxis weitergegeben, in der für mich ein Termin gebucht wird.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_