

Fax 06131 326-44300

Vermittlung eines Facharzttermins über die Terminservicestelle für hör- und sprachbehinderte Menschen

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen und an die Terminservicestelle faxen.

ANGABEN ZU MEINER PERSON

Ich kann nicht hören. Ich kann nicht sprechen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Faxnummer (für die Rückmeldung der Terminservicestelle)

Krankenkasse

ANGABEN ZUR ÜBERWEISUNG

Mir liegt eine Überweisung zum Facharzt vor. Ja Nein

Diese Überweisung wurde ausgestellt von:

Name, Praxisort und Telefonnummer des überweisenden Arztes

Die Überweisung ist mit einem Code versehen. Ja Nein

Der 12-stellige Code lautet:

_____ - _____ - _____

Die Überweisung ist für einen Facharzt für:

Fachgebiet/Schwerpunkt (wie auf der Überweisung angegeben)

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Terminsuche erfasst und gespeichert werden. Außerdem ist mir bekannt, dass die von mir gemachten Angaben an die Facharztpraxis weitergegeben werden, in der die Terminservicestelle einen Termin für mich bucht.

Ort, Datum

Unterschrift