

Termin beim Hausarzt



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

Vermittlungswunsch

Vermittlung eines hausärztlichen Behandlungstermins JA NEIN

Unterstützung bei der Suche eines dauerhaft betreuenden Hausarztes JA NEIN

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: _____