

## Anforderungsformular für einen Termin in der Pränatal-Sprechstunde im Josefinum

Anfragende Praxis (Stempel):

Datum: \_\_\_\_\_

Name der Patientin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. der Patientin: \_\_\_\_\_

ET: \_\_\_\_\_

ggf. SSW: \_\_\_\_\_

Grund:

---

---

---

---

 Terminwunsch in ca. \_\_\_\_\_ Wochen Rückantwort per Fax. Die Patientin wird von der Praxis über den Termin informiert.

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

 Telefonische Rücksprache erbeten unter:

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Eine Terminvergabe erfolgt in aller Regel innerhalb von ein bis drei Werktagen.