

**Endokrinologikum München**

Promenadeplatz 12

80333 München

Tel.: 089 24 29 67 0

Fax: 089 24 29 67 11

**Anmeldung eines Patienten/einer Patientin für einen zeitnahen Termin**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

Verdachtsdiagnose/ wichtige Informationen für den Facharzt:

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Hausarzt

Praxisstempel, Unterschrift

---

Bearbeitungsvermerk für Rückfax/Rückantwort: *(vom Facharzt auszufüllen)*

**Eingetragener Termin:**

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

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Praxisstempel, Unterschrift