



## Rückmeldebogen für zuweisende Ärztinnen und Ärzte

**Fax:** 0345 557 90 4880

**E-Mail:** endoprothetik@uk-halle.de

### Sie möchten uns eine Patientin / einen Patienten vorstellen?

Bitte senden Sie uns dieses Formular per Mail oder Fax mit den Kontaktdaten und (wenn möglich) weiteren Informationen zu. Wir kontaktieren die Patientin / den Patienten telefonisch und vereinbaren einen Termin und vereinbaren einen entsprechenden Termin.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie der Patientin / dem Patienten wesentliche Befunde und entsprechendes Bildmaterial aushändigen, damit sie / er diese Unterlagen zum Termin bereithält.

### Patienten-Kontaktdaten:

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Telefonnummer:**

**Bereits bei uns in Behandlung?**

Ja

nein

### Dringlichkeit der Vorstellung

regulärer Termin

zeitnah

dringlich

**Notfälle stellen Sie bitte direkt in der Zentralen Notaufnahme unseres Hauses vor!**

**Datum**

**Unterschrift**

**Stempel**