



DR. V. TEKESIN

Fachärztin für Kardiologie

F +49 250 899 90

Absender/Stempel

Betrifft Patientin/Patient

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Tel. vom Pat. _____

Tel. der Praxis _____

Fax der Praxis _____

Problem/Diagnose _____

- Bitte um dringlichen Rückruf unter Tel. _____
- Bitte um zeitnahen Termin innerhalb 1–2 Wochen
- Bitte um zeitnahen Termin innerhalb 4 Wochen
- Bitte um zeitnahen Termin in den nächsten _____ Monaten
- Überweisung – EKG – Vorbefunde beigelegt:

(Unterschrift des Arztes)

Rückmeldung

- Fax eingegangen, Pat. wird direkt von uns informiert
- Bitte Patient/Patientin Termin mitteilen
(Überweisung, Vorbefunde, Labor, Medikamentenplan etc. bitte mitbringen!)

Termin am _____ **um** _____ **Uhr**