

Terminmanagement Elektive Aufnahme
Tel: 06021-32-4188
Fax: 06021-32-4141
E-Mail: ela@klinikum-ab-alz.de

Terminvereinbarung für MVZ- / Brustsprechstunde

Sehr geehrte Kollegen,

vielen Dank für die Terminanfrage in unserer Brustsprechstunde.

Patientin (bitte lesbar ausfüllen):

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Überweisender Arzt: _____

(Verdachts-) Diagnose: _____

Mammographie durchgeführt: ja nein

Um die Patienten nach Dringlichkeit passend zu terminieren, bitte Befunde beifügen.

Vom Klinikum Aschaffenburg auszufüllen

MVZ-Brustzentrum (mit ÜW + Gesundheitskarte)

Termin am _____ um _____ Uhr

Brustzentrum Klinikum Aschaffenburg (mit EW + Gesundheitskarte)

Termin am _____ um _____ Uhr

Wir werden uns telefonisch mit der Patientin zur Terminvergabe in Verbindung setzen.

Anmeldung erfolgt über die orangene Theke der administrativen Patientenaufnahme im Haupthaus.