

Anforderung einer podologischen Behandlung

Um Behandlung im Bereich der Podologie wird gebeten.

Empfänger



Praxis für Podologie
Dümpfener Str. 64
45476 Mülheim an der Ruhr

Absender / Stempel

Wir bitten um (bitte ankreuzen)

Podologische Komplexbehandlung

Befundung des podologischen Handlungsbedarfes

Vorschläge zur weiteren Behandlung

des Patienten

Name

Station

Zimmer

ggf. Adresse (wenn nicht im Hause des Absenders)

Anschrift

Rechnung an / Leistungsvergütung erfolgt durch (bitte ankreuzen)

Patient

Betreuer

Krankenhaus

Sonstige

Wir / ich bitten um kurzfristige Rückmeldung zur Terminvereinbarung unter

Telefonnummer

Ansprechpartner

Datum / Unterschrift / Stempel

Befund / Handlungsbedarf / Stellungnahme:

Formular bitte per Fax an:

(02 08) 74 16 45 11