

Lungenpraxis im DOC, Kampstraße 45, 44137 Dortmund

E-Mail: info@lungenarzt-dortmund.de

Telefax: 0231 / 56 78 56 - 56

Anmeldung Hausarztvermittlungsfall

(Bitte Überweisung im Original mitgeben und vermerken mit „Hausarztvermittlungsfall“)

Name, Vorname des Versicherten

Geburtstag

dringlich (möglichst innerhalb von 4 Tagen)

kurzfristig (möglichst innerhalb von 2 Wochen)

mittelfristig (möglichst innerhalb von 5 Wochen)

Datum

↑ Feld für Patientendaten oder Formularkopf ↑

Telefonnummer Patient:

Fachrichtung: Pneumologie/Allergologie/Schlafmedizin

(Verdachts-)Diagnose(n):

Epikrise/Befund/bisherige Therapie/Auftrag:

Durchwahlnummer der Hausarztpraxis für Rückfragen
(bitte nicht an Patienten weitergeben):

Die Hausarztpraxis informiert den
Patienten über den Termin

Bitte informieren Sie den
Patienten über den Termin

Für Ihre Abrechnung: BSNR der Facharztpraxis: (Ziffer 03008/04008 abrechenbar): 182910300

Praxisdaten/Stempel

Freigabe am 23.08.2023