



Fax an Hausarzt/Facharzt



Datum \_\_\_\_\_

**Empfänger**

Praxis Dr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

➔ **Absender**

**Gehörlos**

**Schwerhörig**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ich möchte einen Termin**

für mich       für \_\_\_\_\_

für einen Arztbesuch \_\_\_\_\_

Grund kurz angeben

für eine Untersuchung \_\_\_\_\_

Grund kurz angeben

Ich bitte um einen Hausbesuch

\_\_\_\_\_ Grund kurz angeben (z.B. Schmerzen)

Ich brauche ein Rezept für \_\_\_\_\_

Ich bitte um eine Überweisung für \_\_\_\_\_

Ich bitte um Mitteilung der Untersuchungsergebnisse für

\_\_\_\_\_ (z.B. Zucker-, Blutwerte, Blutdruck)

Ich bitte um Verschiebung des Termins am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr und Vergabe eines neuen Termins

**Bitte geben Sie Antwort**

möglich     nicht möglich     geht nur in der Praxis     neuer Termin

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Vielen Dank, mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_ Unterschrift