

Stempel

# NEUROLOGIE

## Faxanfrage

Neurozentrum Ostufer

Fax **(0431)2424-78**

Wir bitten um  dringliche (bis **4** Tage)  
 zeitnahe (bis **24** Tage) Vermittlung

eines fachärztlich-neurologischen Termins für

....., geb. ....  
(Name, Vorname)

unter der Diagnose / Verdachtsdiagnose

.....  
mit der Bitte um

O.g. Patient kann unter ..... telefonisch zur Terminvereinbarung erreicht werden.

Wir (die Hausarztpraxis) werden die Patientin / den Patienten über den zu vereinbarenden Termin informieren.

(Stempel)

Mit freundlichen Grüßen,

.....