

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen Nr	Versicherten Nr	Status
Vertragsarzt Nr	VK gültig bis	Datum



Steekberg 7 | 24107 Kiel  
 Telefon: 0431 – 9719900  
 Fax: 0431 – 9719911  
[info@praxisnetz-kiel.de](mailto:info@praxisnetz-kiel.de)  
[www.praxisnetz-kiel.de](http://www.praxisnetz-kiel.de)

**BITTE DEM ARZT SOFORT VORLEGEN**  
 Fax-Anmeldung  
 für dringende Behandlungsfälle

An:

Von:  
 (Stempel mit Telefonnummer)

Termin bitte:

**dringlicher Termin**   
 (parallel bitte zeitnahe telefonische Rücksprache mit zuweisendem Arzt!)

innerhalb einer Woche   
 innerhalb von 2 - 4 Wochen

**Telefonnummer Patient:**  
 (für Terminrückruf)

Abklärung bei Verdacht auf:

Bemerkungen / Kommentare:

**Bitte ausfüllen und zurückfaxen:**

Der oben genannte Patient hat von uns folgenden Termin erhalten: .....

Dieser Termin wurde dem Patienten bereits bekannt gegeben.  ja  nein

➔ **Um sicher zu sein, dass dieses Fax den Empfänger erreicht hat, bittet der zuweisende Arzt um eine zeitnahe Empfangsbestätigung.**