

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
info@praxisnetz-kiel.de
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.**