

Anmeldung Telekonsil

Datum:

Praxis: _____

Rückruf gewünscht bis: _____

Fax-Antwort gewünscht bis: _____

Patient _____ **Geb.** _____ **Geschlecht** _____

VS-Nr. _____

Diagnose, Fragestellung, Auftrag:

Ggf. Befundbericht / EKG / Labor anbei ☐

Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Dres. med. O. Gutzeit/C. Tack/S. Moeller
Fachärzte für Innere Medizin
Kardiologie

Schüsselbuden 13
Marienfachwerkhaus
23552 Lübeck
Tel. 0451/72497 u. 704234
Fax: 0451/7060669
email: info@herzpraxis-luebeck.de
www.herzpraxis-luebeck.de
Lübeck, den

Therapievorschlag:

Nächster Termin: elektiv ☐ _____ dringlich ☐ _____

Dr. med. Oliver Gutzeit
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie

Dr. med. Carsten Tack
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie

Dr. med. Stefanie Moeller
Fachärztin für Innere Medizin
Kardiologie