Informationen bei Anforderung eines Termins

Am Rathausplatz 1, 76744 Wörth / Tel: 07271 – 2823 / Fax: 07271 – 78049

info@orthopaedischepraxis-woerth.de / www.orthopaedischepraxis-woerth.de

Orthopädische Gemeinschaftspraxis inWörth

Dr. med. Aref Nabhan Alexander Tanskij

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Facharzt für Physik. und Rehabilitative Medizin

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Anforderung eines Termins brauchen wir mehre Informationen von Ihnen.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal bei der Praxis ? ⃝ nein / ⃝ ja.

Nennen Sie den Name des Arztes, bei dem Sie sich vorstellen möchten?

 ⃝ Dr. med. Nabhan, Aref: nur Privatpatienten. ( dienstags )

 ⃝ Kordi, Mohsen: (Sprache: Deutsch, Arabisch) – Jeden Arbeitstag

 ⃝ Tanskij, Alexander: (Sprache: Deutsch, Russisch) – montags und donnerstags

 ⃝ Colic, Goran: (Sprache: Deutsch, Serbisch) – dienstags, mittwochs und freitags

An welchem Tag der Woche bevorzugen Sie den Termin?

 ⃝ Montag, vormittags ⃝ Montag, nachmittags

 ⃝ Dienstag vormittags ⃝ Dienstag, nachmittags

 ⃝ Mittwoch vormittags ⃝ Mittwoch, nachmittags

 ⃝ Donnerstag vormittags ⃝ Donnerstag, nachmittags

 ⃝ Freitag vormittags

Fassen Sie Ihre aktuelle Beschwerden zusammen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Bemerkungen: ⃝ nein / ⃝ ja. Wenn ja, beschreiben Sie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Patient/in / Bevollmächtigter