

Klinikum Hanau GmbH
Leimenstraße 20; Postfach 2164; 63411 Hanau
E-mail: gefaesszentrum@klinikum-hanau.de

FAXANMELDUNG Gefäßzentrum Rhein-Main

Angiologie: Tel: 06181 296-4430 o. -4436
Gefäßchirurgie: Tel: 06181 296-2310

Fax: 06181 296-4432
Fax: 06181 296-2312

Patientendaten: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse Telefonnummer:
--

Anmeldedatum: Praxis: Telefonnr.: Faxnummer:

(Verdachts-)Diagnose: _____

Vorstellungsgrund: _____

Gewünschter Termin: _____

Rückmeldung:	telefonisch <input type="checkbox"/>	
Termin:	Uhrzeit:	
Ort:		
Angiologische Ambulanz	(HB-Gebäude, EG, Raum HB-EG 410/412) <input type="checkbox"/>	
Gefäßchirurgische Ambulanz	(HB-Gebäude, EG, Raum HB-EG 406) <input type="checkbox"/>	
<i>Die/der Patient(in) sollte bitte relevante Vorbefunde, gegebenenfalls Röntgenbildmaterial mitbringen. Falls der Termin nicht wahrgenommen werden kann, bitten wir um Nachricht an obengenannte Kontaktadresse.</i>		
Datum:	Name:	Unterschrift:
Bemerkungen:		