

Meine Patientin ist erreichbar unter:

Telefon: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Bitte in dieses Feld Patientendaten der Versichertenkarte eindrucken.

TERMINVEREINBARUNG FÜR MEINE PATIENTIN

Aktuelles Gewicht der Patientin: _____ kg

LP: _____

G: _____

Gemini: _____

ET: _____

P: _____

☐ JA

☐ NEIN

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ Frühe Fehlbildungsdiagnostik

☐ Ersttrimester-Screening (ETS) ☐ ETS mit Präeklampsie-Screening

☐ Amniocentese

☐ Erweiterter pränataler Ultraschall / Doppler-Sonographie

Dringlichkeit: ☐ innerhalb von 2 Tagen

☐ innerhalb von 8 Tagen

☐ innerhalb von 2 Wochen

☐ Ihr gewünschter Termin _____

☐ Sonstige wichtige Information / Diagnose / Fragestellung

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel

BITTE FAXEN AN (02 61) 309 272

**Unser Terminvorschlag
für Ihre Patientin:**

Wir bitten um Terminbestätigung.



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Birgit Kirschey • Dr. med. Helga Ditandy

Dr. med. Peter Bernhard* • Dr. med. Sabine Thimm*

Dr. med. Julia Mattar*

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

* angestellte Fachärzte

Löhrstraße 70 • 56068 Koblenz • Tel. (02 61) 140 21 • Fax (02 61) 309 272
gynpraxis-koblenz@gmx.net • www.gynpraxis-koblenz.de