

# ***Online-Einbestellung von***

## ***Dr. Hefner***

***Per FAX an 078193201521***

***Liebe Patienten,***

***zur Erleichterung der Terminvergabe, der Einbestellung und zur Beurteilung der Dringlichkeit bitten wir Sie die folgenden Felder vollständig auszufüllen.***

***Wir werden uns dann in kurzer Zeit bei Ihnen telefonisch oder per E-mail melden. Die Bearbeitung erfolgt in der Regel täglich außer Dienstag, Mittwoch und Freitag nach 12 Uhr.***

**Name:**

**Vorname:**

**Titel:**

**Geburtsdatum:**

**Versicherung:**

**Adresse:**

**Wichtig!!! Was, wie, wo und seit wann haben Sie Beschwerden?**

***Sind Sie auf Grund der Beschwerden arbeitsunfähig?***

***Hatten Sie einen Privatunfall oder einen beruflichen Unfall? Name der zuständigen BG?***

***Wurden Sie bereits geröntgt oder waren Sie im Kernspin?***



**Telefonnummer:**

**E-Mail:**

**Wie am besten erreichbar**

***Mit freundlichen Grüßen Praxisteam Dr. Hefner***