

Terminanfrage

An Fax-Nr. 06131/17 5541 oder per Mail an poliklinik-hno@unimedizin-mainz.de

Wurden Sie schon einmal in der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik behandelt?

Wenn ja, wann _____

Name		Vorname	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Geb.datum	
Email		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Name der gesetzlichen Krankenkasse:		Stationäre private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> KVB IV <input type="checkbox"/> Postbeamten B		Name der Versicherung:	
Name der Privatversicherung		<input type="checkbox"/> Normaltarif <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif	

Diagnose:
Einweisender Facharzt:

Bitte senden Sie uns Ihre Überweisung als Anhang.

Herzlichen Dank

Ihr HNO-Klinik Team