

**Ärztliche Überweisung an**

**Fax 041 612 35 35**

- Dr. med. Volker Assmann
- Dr. med. Konstanze Scheurmann
- keine Präferenz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ich überweise Ihnen

Patientin/Patient

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

- zur konsiliarischen Beurteilung
- zur Übernahme der Behandlung
- zur Einleitung der Behandlung
- Notfalltermin
- ich bitte Sie um einen kurzen Bericht

Problematik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Internistische Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name, Adresse und Unterschrift des Überweisungsarztes / der Überweisungsärztin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_