

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. Sabine Thimm* • Dr. med. Julia Mattar*
Dr. med. Karin Supp* (*angestellte Fachärztin)

Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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