

## Fax-Terminanfrage (02631 96942-24)

von der Praxis:  
(Praxisstempel)

**für den Patienten:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Anfragegrund:**  Hoher HbA1c: \_\_\_\_\_ %  
 Hoher Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl  
 zum oGTT  
 zur Schulung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Terminwunsch:**  innerhalb 14 Tagen\*  
 in 2-4 Wochen  
 in 2-3 Monaten

\* Bitte NUR bei stark erhöhtem HbA1c, schweren Unterzuckerungen oder schwerwiegenden Folgekomplikationen.

---

## Rückfax zu Ihrer Information

Wir haben für Ihre Anfrage einen Termin am \_\_\_\_\_  
um \_\_\_\_\_ Uhr direkt mit dem Patienten vereinbart.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen,  
Ihr Diabetes-Zentrum Neuwied  
Dr. med. Stephanie Linke-Dapprich

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_FAXe	V01		4.4.2021	4.4.2021	4.4.2021	6.4.2021	1/1
			DD	SL	DD		