
Konsilanforderung

Angaben zum Patienten:

Vorname/Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse/Straße _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon mobil _____

Krankenkasse _____

Fragestellung/Grund des Konsils:

Name des Konsilarztes _____

Krankenhaus _____

Telefonnummer _____ Faxnummer _____

Senden an **Faxnummer: 06841 16 24516**

oder per E-Mail an: **orthopaedie.sekretariat@uks.eu**