Lunge 11

Liebe Patient*innen,

wir benötigen folgende Daten zur Anmeldung von Ihnen:

Name _____

Adresse:

Straße _____

PLZ + Ort _____

Krankenkassse: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Praktischer Arzt: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, eine Terminerinnerungs-SMS zu erhalten.

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit ☺