



Schwerpunktpraxis
Diabetes & Rheuma
Wilmsdorf
Mecklenburgische Str. 20

10713 Berlin

Tel.: 030/824 33 68
Fax: 030/824 37 90
E-Mail: kontakt@dir-praxis.de

Datum: _____

Herr / Frau: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte Frau Kollegin
Sehr geehrter Herr Kollege

der / die Patient/in gibt an bei Ihnen vom _____ bis _____
in ambulanter Behandlung gewesen zu sein.

Für die Befundübermittlung wär ich Ihnen sehr dankbar.

Einverständnis des Patienten: _____

Mit freundlichen Grüßen