



Lunge 11

Liebe Patient*innen,

wir benötigen folgende Daten zur Anmeldung von Ihnen:

Name _____

Adresse:

Straße _____

PLZ + Ort _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Praktischer Arzt: _____

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

Ich möchte Befunde, Überweisungen (CT, Labor, andere Ärzte etc.)

per Post erhalten

per E-Mail erhalten (dafür müssen Sie sich bei uns registrieren)

in der Ordination abholen

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit 😊

www.lunge11.at