



CharitéCentrum für Audiologie und Phoniatrie, Augen- und HNO-Heilkunde

**Anmeldung eines Patienten für die Hochschulambulanz der  
HNO-Klinik am CBF**

Dieses Formular soll die Terminvereinbarung für Sie/Ihre Patienten erleichtern. Mit Hilfe Ihrer Angaben werden wir einen Untersuchungstermin für Sie/Ihren Patienten einplanen und uns bis zum Ende des folgenden Werktages rückmelden.

<b>per</b> Fax        8445 4218 E-Mail     hno-patientenmanagement@charite.de	<b>Datum</b>
<b>Absender/HNO-Arzt</b>	
<b>Terminrückmeldung erwünscht an</b> (Telefon, E-Mail, Fax)	
<b>Patient</b> (Name, Vorname, Geb.-Dat.)	
<b>Terminwunsch</b> <input type="checkbox"/> neuer Patient <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Kontrolle	
<b>Fragestellung / Erkrankung</b>	<b>Spezialsprechstunden :</b> <input type="checkbox"/> Tumorsprechstunde <input type="checkbox"/> SpeicheldrüSENSprechstunde <input type="checkbox"/> plastische Sprechstunde <input type="checkbox"/> Ohrensprechstunde <input type="checkbox"/> Schwindelsprechstunde <input type="checkbox"/> Lasersprechstunde
<b>Terminvereinbarung</b> <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> dem Patienten mitzuteilen	
<b>Datum</b>	<b>Uhrzeit</b>