

Tilmeldingsformular

Kære patienter,
vær så venlige og giv os oplysningerne:

navn:	
fornavn:	
Fødselsdato:	
gade, nummer.:	
postnummer, By:	
telefon privat:	
telefon ved arbejde.:	
mobil:	
email-Adresse:	
sygesikring:	
grunden for konsultation / diagnose, ...:	
dato: _____ underskrift: _____	

Ved længre ophold i Bordesholm hjælper vi gerne ved at finde en ferielejlighed / hotel; for planlægning:

- kommer du med bil ferielejlighed tal af personer _____
 kommer du med tog hotel _____

Var så venlig at sende dette formular med og dine seneste resultater

posten til: Praxisgemeinschaft Peters
Anmeldung
Heintzestr. 37
D 24582 Bordesholm eller
fax: 0049 4322 888089 eller
email: anmeldung@peters-bordesholm.de

*mange tak
din praxisteam*