



## Faxformular zur Patientenanmeldung für operative Eingriffe

**Adresse des Patienten / Patientenaufkleber:**

Frau / Herrn (nicht zutreffendes bitte streichen)

---

---

---

**Fax: 0951 503-13739**

Chefarzt: Dr. med. Andreas Eckert  
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Kopf-Hals-Chirurgie  
Buger Straße 80  
D-96049 Bamberg

Tel.: 0951 503-13730

E-Mail: [hno@sozialstiftung-bamberg.de](mailto:hno@sozialstiftung-bamberg.de)  
[www.sozialstiftung-bamberg.de](http://www.sozialstiftung-bamberg.de)

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Patient (Wir vereinbaren telefonisch mit dem Pat. einen Vorstellungstermin)

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

---

Operatives Verfahren: \_\_\_\_\_

---

Grunderkrankungen: \_\_\_\_\_

---

Dauermedikation: \_\_\_\_\_

---

Stempel Arztpraxis