

**Rückfax: 0761-2074318**

Sehr geehrtes CERF-Team,

wir bitten um eine Terminvereinbarung für oben genannte Patientin für eine Eileiteruntersuchung.

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Z. n. gynäkologischen Operationen (Endometriose, Sectio usw.) ja  nein

Chlamydien-Serologie bekannt: ja  nein

Falls ja, bitte Befunde ebenfalls faxen!

**Kontaktdaten Patientin:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Straße:

Wohnort:

Tel.:



Unterschrift Arzt/Ärztin Datum

Praxisstempel