

Medizinisches Versorgungszentrum Aue
Dr. med. Alexander Leißring

Terminanfrage Dr. med. Alexander Leißring

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie Ihren Patient in meiner Praxis vorstellen möchten.

Ich möchte Sie bitten, über diesen Weg Ihre Terminanforderung durchzuführen. Bitte übermitteln Sie uns folgende Daten, wir setzen uns mit Ihnen bzw. dem Patient in Verbindung.

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n):

Bisher durchgeführte Diagnostik (Befund bitte im Anhang mitsenden!)

Aktuelle Medikation (Diagnosebezogen)

Bemerkungen:

Stempel/Arztunterschrift:

MVZ Aue

Dr. med. Alexander Leißring

FA f. Innere

Medizin/Gastroenterologie/
Endokrinologie/Diabetologie

Telefon:

Gastroenterologie/CED

Mo., Mi., Do., Fr.:

8:00 – 12:00 Uhr

-> 03771 / 582380

Endokrinologie

Mo., Do.: 14:00-17:00 Uhr

-> 03771 / 582382

Fax: 03771 / 582389

E-Mail:

mvzinnere.aue@helios-
versorgungszentren.de