

Zuweisung an den behandelnden Arzt



Praxis für Podologie

IK _____

| | |
|--------------|------------------|
| Name _____ | Vorname _____ |
| Straße _____ | Hausnummer _____ |
| PLZ _____ | Ort _____ |

Telefon / Fax / Email

Sehr geehrte(r) Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor / Sehr geehrte Doktores _____,

Ihr(e) Patient(in) Frau / Herr

Name, Vorname

Diabetiker ja **nein**

ist bei uns auf Grund von Fußbeschwerden in Behandlung.

Eine ärztliche Abklärung erscheint uns erforderlich.

Sollten Sie eine unterstützende Therapie im Rahmen der podologischen Fußbehandlung für angemessen halten, bitten wir um Benachrichtigung.

Um sekundäre Schäden zu vermeiden, erbitten wir höflich eine Heilmittelverordnung für die Podologie.

Ergänzende Hinweise

Mit freundlichem Grüßen

Ort, Datum

Telefon

Stempel / Unterschrift

Fax

Email