

## Formular für Ärzte

Bitte um telefonische Rücksprache

**Gesetzlich versicherte Patienten**

**Fax: 0228-287-14486**

**E-Mail:** [epi.ambulanz@ukb.uni-bonn.de](mailto:epi.ambulanz@ukb.uni-bonn.de) - **Tel.:** 0228-287-16195 (Mo - Fr: 9 - 12 Uhr)

**Postalisch:** Klinik für Epileptologie - Ambulanz - Sigmund-Freud-Str. 25 - 53105 Bonn

**Terminvergabe erfolgt so schnell wie möglich!**  
**Bei Notfällen telefonische Rücksprache unter 0228-287 15712**  
**(diensthabender Arzt / Oberarzt via Pforte)**

### Ich bitte um telefonische Rücksprache

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Anliegen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Arztpraxis:**

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

auch außerhalb der Praxiszeiten

Stempelfeld

Datum und Unterschrift

02.06.2009

Formular unter: [www.epileptologie-bonn.de](http://www.epileptologie-bonn.de)