

**Kontaktformular für HNO-OP-Terminvergabe:**

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer (vorzugsweise Handynummer):

Krankenkasse:

Stationäre Zusatzversicherung für Chefarzt oder Einzelzimmer:  ja  nein

Geplante Operation:

Name und Adresse des behandelnden HNO-Arztes:

Wurde bereits ein CT oder ein MRT angefertigt?  ja  nein

Wenn ja, wann:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche: