

Datum: \_\_\_\_\_

## Terminanfrage im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls

Name, Vorname der Patient:in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Patient:in: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. der Patient:in: \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung:     CT                     MRT                     Mammographie                     Sono

Körperteil: \_\_\_\_\_

Standortwunsch:                     DH                     MC                     SF  
 (N)BSNR:                              96/5399500                    96/5397700                    96/5358900

Sonstige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarztvermittlung (HAV)

Tel.-Nr. der anfragenden Praxis für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie dieses Formular für dringende Anfragen per E-Mail an:**  
[Termin@radiologie-leipzig.de](mailto:Termin@radiologie-leipzig.de)