

**Anmeldung von Patienten für die Ambulanzen der Poliklinik
der Medizinischen Uniklinik Tübingen**

Medizinische Universitätsklinik

.....

Ambulanz

Otfried-Müller-Straße 10

72076 Tübingen

Fax 07071/ 29 -

Patienten Name: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Weitere Angaben _____

Bitte um Rückruf - Arzt: umgehend innerhalb von 24 Std.

- Terminvergabe: umgehend innerhalb von 24 Std.

Überweisende Ärztin / überweisender Arzt _____

Telefon _____

Fax _____

Stempel der Praxis