**Patient/in: Stempel der Arztpraxis:**

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte(r) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

hiermit sende ich Ihnen o.g. Patienten/in zu einem Informationstermin im Rahmen des A-IMA Selektivvertrags.

Ich füge anbei

□ den Aufnahmebogen

□ den Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

□ Vorbefunde

□ Der/die Patient/in ist mit der Weitergabe seiner/ihrer Kontaktdaten einverstanden und bittet um Kontaktaufnahme zwecks Vereinbarung eines Termins:

Telefon des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen