

Terminanforderung einer Arztpraxis für Abstrich von Patienten mit Wohnort Gera

Wir melden folgende Patienten für einen Abstrich an einem
Corona-Abstrichstützpunkt an:

(Erforderlichkeit nach RKI-Flußschema ist gegeben)

Name Vorname	Geb,-Datum	Telefon Patient	E-Mail Patient	TERMIN: Datum / Uhrzeit
				Datum / Uhrzeit
				Datum / Uhrzeit
				Datum / Uhrzeit
				Datum / Uhrzeit
				Datum / Uhrzeit

Praxisstempel:	
Praxisort / Bereich:	
Faxnummer Praxis:	

Die Patienten werden von Mitarbeiter/innen der Stadt Gera telefonisch über den Termin informiert.

Meldung bitte an FAX: (0365) 838 1914