Dr. Kraus & Partner
Fachärzte für Innere Medizin OG
Seeböckgasse 59/1/7 ◗ 1160 Wien

Anmeldeformular
Termin Endoskopie (für Gastroskopie/ Coloskopie)

Ihr Termin (Bitte telefonisch vereinbaren!):

- ☐ **Gastroskopie** (Magenuntersuchung)
- ☐ **Coloskopie** (Darmuntersuchung)
- ☐ **Gastroskopie** (Magenuntersuchung) **und Coloskopie** (Darmuntersuchung)

PatientInnendaten

Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Soz.-Vers.-Nr.:	

Bitte **beachten** Sie, dass der oben genannte Termin nur dann für Sie fixiert werden kann, wenn Sie dieses Formular unterschrieben innerhalb von 1 Werktag auf Ihre Reservierung an uns retournieren – entweder persönlich, per Fax 01/486151070 oder per E-Mail: ordination_endoskopie@krausmed.at.
Bei Nichteinhaltung oder zu später Absage des Termins müssen wir Ihnen eine Ausfallpauschale in Rechnung stellen. Wenden Sie sich bitte an unser Team wenn Sie Fragen dazu haben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich sowohl über die Terminvereinbarung als auch über die „Ausfallpauschale" informiert und ausdrücklich damit einverstanden bin.

Wien, am Unterschrift PatientIn