



Name	
Adresse	

Folgezuweisung Kardiomobil

Datum der Folgezuweisung _____

Soz.-Vers.-Nr.: _____ **Zuweiser*in:** _____ **Tel:** _____
(10 stellig)
Tel.-Nr.
Patient*in: _____ **Hausarzt*in:** _____

Grund der neuerlichen Zuweisung:

- Weiterer Schulungsbedarf
- Optimierung der Medikamente
- Soziale Gründe
- Verschlechterung der Krankheit

**ZUWEISUNG MIT AKTUELLEM BEFUND
 und THERAPIEVORSCHLAG
 AN AVOS FAXEN: 0662 / 887588 – 16**

Unterschrift/Stempel: _____