

**Faxvorlage zur Anforderung eines ambulanten Vorstellungstermins in der  
Fachklinik Hornheide  
Fax: 0251-3287-6034**

Pat. Name (Vor – und Zuname) \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Diagnose oder Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wir werden Sie kontaktieren und einen Termin zur Vorstellung ausmachen.

Das Ambulanzteam  
der Fachklinik Hornheide