

Patient	Geb.-Datum
---------	------------



**Dr. med. Christian Strotmann**  
**Dr. med. Maria Preyer**  
**Dr. med. Thilo Rieger**  
 Dr. med. Claudia Schmidt  
 Dr. med. Rudolf Herr

## Terminanfrage

**per Fax. 07473 921 020 29**

Bahnhofstraße 5 | 72116 Mössingen  
 Tel. 07473 921 020 0  
 Fax. 07473 921 020 29  
 praxis@kardiologie-moessingen.de  
[www.kardiologie-moessingen.de](http://www.kardiologie-moessingen.de)

Tel. Nr. Patient	Absender/Stempel
Versicherung	

### Gewünschte Untersuchung:

- Kardiologische Basisdiagnostik (Echo)
- Schrittmacher/ICD-Kontrolle
- LZ-EKG
- LZ-RR
- Schlaf-Apnoe-Screening
- Sonstiges:

Terminmitteilung an:     Praxis     Patient

**Termin:**

- Regulärer Termin/Kontrolle**
- Mittelfristiger Termin**
- Notfall/dringlicher Termin**

**Fragestellung/ggf. ärztliche  
Begründung für dringlichen Termin:**