

## Fax – Formular für Hörgeschädigte

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankheitsbild / Problem:

\_\_\_\_\_

Einweisung von: \_\_\_\_\_

Ihr Anliegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rückmeldung an folgende Faxnummer:

\_\_\_\_\_