

ACHTUNG! Um das Formular ausfüllen zu können, müssen Sie das PDF auf Ihrem Computer speichern. Dann können Sie Ihre Angaben eintragen.

Angaben zum Patienten

Anrede

Herr

Frau

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

Land

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Angaben zum Kostenträger: (z. B. Versicherung, Stiftung, Botschaft oder Patient)

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

Land

Telefonnummer

E-Mail

Medizinische Angaben

Grund Ihrer Anfrage

Aktueller medizinischer Zustand

Für die Bearbeitung Ihrer Anfrage benötigen wir:

Arztbericht(e) auf Deutsch, Englisch, Arabisch, Französisch, Russisch, Spanisch, Ungarisch oder Rumänisch

Falls vorhanden:

Laborbefunde

Radiologie-Berichte

Chirurgie-Bericht

Pathologie-Bericht (z. B. von Biopsie)

andere Berichte, die Aufschluss
über Ihr Krankheitsbild geben

Bitte schicken Sie das ausgefüllte PDF und die oben aufgeführten Dokumente:

- per Mail an tahani.albarghouthi@fdk.info
- per Fax an +49 (69) 46 08 - 323
- oder per Post an

AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS
z. Hd. Tahani Al-Barghouthi
Im Prüfling 21-25
60389 Frankfurt am Main (GERMANY)