



## Anmeldung für OP/PRCT:

Bitte teilen Sie uns die unten genannten Daten stichwortartig mit.  
Wir rufen den Patienten gerne an. Danke, OCS Düsseldorf

Patientenname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Mobil

Vorstellung aufgrund

Wichtige Informationen oder OP-Risiken

### Bitte ankreuzen:

1. Wir können die Nachbehandlung gerne selbst durchführen
2. Wir möchten die Nachbehandlung nicht durchführen
3. Röntgen  MRT  CT  ..... bringt der Patient mit
4. Rückruf nicht erforderlich
5. Wir bitten um Rückruf unter .....
6. Wir benötigen zusätzliche Faxanmeldung OP  OCS-Flyer  OCS-Visitenkarten

Praxisname

Bitte **faxen** Sie die Anmeldung an **0211 - 31 11 48 45** oder  
senden Sie diese **per Mail** an: **info@ocs-duesseldorf.de**  
**Direktkontakt:** Telefon OP-Sprechstunde: 0211 - 31 11 48 55