

## FAXANMELDUNG

PROF. DR. THOMAS KOHL

**FAX: +49-621 - 383733326**

**PATIENTIN:**

(NAME, VORNAME)

ADRESSE:

TELEFON:

E-MAIL:

AKTUELLE DIAGNOSE:

SSW:

**BITTE UM:**

RÜCKRUF

TERMIN

BERATUNG

ZWEITMEINUNG

ANMERKUNGEN: