



# Faxanmeldung

Deutsches Zentrum für Fetalchirurgie

& minimal-invasive Therapie

-Prof. Dr. Thomas Kohl-

**0621 383-5979**

**Patientin:**

(Name, Vorname)

**Adresse:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Aktuelle Diagnose:**

**SSW:**

**Bitte um:**

- Rückruf
- Termin
- Beratung
- Zweitmeinung

**Anmerkungen:**