



## Bereitschaft zur Kooperation Post-Covid Ambulanz Worms

Bis auf Widerruf bin ich bereit, Patienten, die über die Post-Covid-Ambulanz Worms vermittelt werden, zu behandeln. Ich/wir bieten nach Möglichkeit kurzfristige Termine an.

### Meine/Unsere Kontaktdaten:

Name Praxis bzw. Institution:	
Adresse:	
Fachrichtung:	
Mögliche Diagnostik/Therapie:	
Name Ansprechpartner*in:	
Mailadresse:	
Telefonisch gut erreichbar über folgende Nummer:	

Datum, Unterschrift:

Stempel: