

Terminanfrage

Bitte wählen Sie einen Wunsch- und Alternativtermin in ca. 6 Wochen.

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein Termin erst wirksam wird, wenn er per E-Mail bestätigt wurde.

Bei akuten Beschwerden haben Sie die Möglichkeit, uns täglich ab 8 Uhr telefonisch oder per e Mail zu kontaktieren, damit wir einen zeitnahen Termin für Sie finden können.

Bitte Zeitraum auswählen! ▼

Bitte Zeitraum auswählen! ▼

Ich bin bereits Patient/in

Ich habe eine Überweisung an eine orthopädische Praxis erhalten

Bitte Versicherungsart auswählen! * ▼

Bitte Arztwunsch auswählen! ▼

Bitte betroffene Körperregion auswählen! * ▼

Zustimmung *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – gemäß der Datenschutzerklärung – zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

* Pflichtfelder

Absenden