



CharitéCentrum für Innere Medizin mit Gastroenterologie und Nephrologie



Multizentrische Studie  
Koordinierungszentrale Berlin

Berlin, 01.02.2020

**Bestätigung zur Teilnahme an Rheuma-VOR**

Diesen Bogen bitte komplett ausgefüllt per Fax an uns senden:

Fax: 030 – 4507514825

Verantwortl. Arzt/Praxis: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Zeitraum für freie Termine im Rahmen des Rheuma-VOR-Projekts (Angabe von Wochentag/en und Uhrzeiten, zu denen die Koordinierungsstelle Termine anbieten kann): Diese Termine sind exklusiv für RheumaVOR Patienten geblockt. Falls bis 3 Werktage vor dem Termin keine Benachrichtigung erfolgt ist, dass der Termin durch die Koordinierungsstelle vergeben wurde, kann dieser Termin/Termine durch die Praxis belegt werden.

---

---

---

---

---

Datum:

Unterschrift der Praxis (Stempel):