



TELEFONNOTIZ

Mitarbeiter: _____ Datum: _____

Uhrzeit: _____

Anruf von: Herrn/Frau _____

Geb.-Datum: _____

☐ Firma ☐ Krankenkasse ☐ Versicherter

Betreff:

Mit der Bitte um Rückruf: ☐ Ja ☐ Nein

Rückruf-Nr.: _____



TELEFONNOTIZ

Mitarbeiter: _____ Datum: _____

Uhrzeit: _____

Anruf von: Herrn/Frau _____

Geb.-Datum: _____

☐ Firma ☐ Krankenkasse ☐ Versicherter

Betreff:

Mit der Bitte um Rückruf: ☐ Ja ☐ Nein

Rückruf-Nr.: _____