

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

www.gesundheitsamt-dadi.de

**Anfrage an den Amtsärztlichen Dienst**

**zur Vergabe eines Untersuchungstermins**

Vielen Dank für Ihre Nachricht an das Gesundheitsamt Darmstadt-Dieburg und die Anfrage zur Terminvereinbarung einer amtsärztlichen Begutachtung.

Zur weiteren Bearbeitung füllen Sie bitte das beigefügte Formular aus und senden es zeitnah zurück.

Fügen Sie dieser Anfrage zusätzlich Ihren Untersuchungsauftrag in Form einer PDF-Datei oder als Bilddatei bei.

Sobald uns alle Informationen vorliegen, werden Sie baldmöglichst von uns kontaktiert.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum der Anfrage** |  |
| **Name** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **PLZ + Wohnort** |  |
| **Straße + Hausnummer** |  |
| **Telefonnummer**  **-bitte Festnetz und Mobilfunknummer mitteilen-** |  |
| **E-Mail Adresse** |  |
| **Untersuchungsanlass**  Bitte Angabe so genau wie möglich |  |
| **Bei Einstellungsuntersuchung:**  **Einstellungstermin zum**  **Dienstort:** |  |
| **Sonstige Informationen zu Ihrer Anfrage** |  |

**Bitte sehen Sie von telefonischen und elektronischen Rückfragen ab!**

**Fax: 06151/319134 E-Mail: verwaltungsverband@gesundheitsamt-dadi.de**



Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen