

**FAX- Formular zur Anmeldung  
bei der bwlv Fachstelle Sucht,  
Tumringerstr. 229, 79539 Lörrach**

An Fax- Nr: **07621- 162349-99**

Praxis- Stempel:



**Name und Adresse des Patienten/ der Patientin:**

Name:

Adresse:

Bitte schicken Sie o.g. Patienten einen Termin für ein Erstgespräch

Der Patient/ die Patientin ist mit dieser Terminvereinbarung einverstanden.

\*\*\*\*\*

Bemerkungen:

.....

**Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an uns:**

**Tel: 07621- 162349- 0**