

# Ihr nächster Termin:

Mo  Di  Mi  Do  Fr Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit

Mo  Di  Mi  Do  Fr Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit

Mo  Di  Mi  Do  Fr Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit

Praxisstempel

*Ja, ich will...*  
**Mein Hausarztprogramm**



Hausärztinnen- und  
Hausärzteverband

*Ja, ich will...*

## **Mein Hausarztprogramm**

Mit dem Hausarztprogramm haben Sie Ihre Gesundheit umfassend im Blick:  
Sprechen Sie uns direkt in der Praxis an oder wenden Sie sich an das HZV-Team.

**[info@mein-hausarztprogramm.de](mailto:info@mein-hausarztprogramm.de)**

**[www.mein-hausarztprogramm.de](http://www.mein-hausarztprogramm.de)**