



FACHARZTPRAXIS
HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

DR. MED. BERND-MICHAEL WILL

Terminanfrage

Sie haben mit untenstehendem Formular die Möglichkeit, uns **Ihren Terminwunsch online mitzuteilen**.

Bitte nennen Sie uns **Ihren Wunschtermin** und einen **Alternativtermin**. Bitte geben Sie auch ein Stichwort für Ihren Besuchsanlass an. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie:

- Der **Termin wird erst wirksam, wenn** er telefonisch von uns **bestätigt** wurde. Bitte geben Sie unbedingt Ihre aktuelle Telefonnummer an unter der Sie gut erreichbar sind.
- Informieren Sie sich auch unter der **Rubrik Aktuelles** über **evtl. Ferien-/Urlaubsabwesenheiten** unserer Praxis. In dieser Zeit werden Anfragen nicht abgerufen und bearbeitet.

Vielen Dank.

Bitte Zeitraum auswählen! ▼

Bitte Zeitraum auswählen! ▼

Ich bin bereits Patient/in



FACHARZTPRAXIS
HALS-NASEN-ÖHRENHEILKUNDE

DR. MED. BERND-MICHAEL WILL



Zustimmung *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - gemäß der Datenschutzerklärung - zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

Captcha *



* Pflichtfelder

Absenden