

**Beschreibbare PDF**

**Fax-Terminanfrage**  
**Fax. Nr. 0228 287 19480**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am.
Kassen.-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit bitten wir um Vorstellung unserer / unseres Patient\*in im Bereich:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie                      | <input type="checkbox"/> Hauttumorzentrum/OP |
| <input type="checkbox"/> allg. Ambulanz                    | <input type="checkbox"/> Phlebologie         |
| <input type="checkbox"/> Kassenpatient*in                  | <input type="checkbox"/> Erstvorstellung     |
| <input type="checkbox"/> Privatpatient*in /Selbstzahler*in | <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung   |

**Verdachtsdiagnose/Diagnose:**

Histologie, Befund anbei (falls vorhanden)       Ja       Nein

**Bemerkungen / Dringlichkeit:**

Fax-Nr. Ärzt\*in:

Praxis Anschrift:

Name:

Straße:

PLZ Ort:

Telefon-Nr. Patient\*in:

**Termin am:** \_\_\_\_\_ **um:** \_\_\_\_\_

Termin bitte Patient mitteilen

Termin wurde dem Patienten mitgeteilt

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie   | <input type="checkbox"/> Hauttumorzentrum/OP |
| <input type="checkbox"/> allg. Ambulanz | <input type="checkbox"/> Phlebologie         |

Erledigt/gefaxt am: \_\_\_\_\_