

Name, Vorname Patient*in
geb. am.
Anschrift Patient*in
Telefonnummer Patient*in

Fax Terminanfrage

Allg. Ambulanz/Allergologie
0228 287 19480

Hauttumor/Phlebologie/Infektiologie
0228 287 90 19393

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 Stempel:

Antwort (vom Zentrum für Hauterkrankungen auszufüllen)

Termin am: _____ um: _____

Termin bitte Patient*in mitteilen

Termin wurde Patient*in mitgeteilt

Bitte mitbringen:

x Vorbefunde in Kopie

x Medikamentenliste

x Überweisung