

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

**Fax Terminanfrage**

**Allg. Ambulanz/Allergologie**  
**0228 287 19480**

**Hauttumor/Phlebologie**  
**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