

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

Fax Terminanfrage

Hauttumor / Phlebologie

0228 287 90 19393

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

- Hauttumorzentrum/OP
- Phlebologie

- Kassenpatient*in
- Privatpatient*in /Selbstzahler*in

- Erstvorstellung
- 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