

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

Fax-Terminanfrage
Fax. Nr. 0228 287 19480

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 | <input type="checkbox"/> |
| Termin wurde Patient*in mitgeteilt | <input type="checkbox"/> |

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

Bitte mitbringen:

- | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorbefunde in Kopie | <input type="checkbox"/> Medikamentenliste | <input type="checkbox"/> Überweisung |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|