

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten

Geburtsdatum

Kassen-Nummer

Versicherten-Nummer

Status

Betriebstätten-Nummer

Arzt-Nummer

Datum

Anfordernde/r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Praxisstempel

Terminanfrage durch Hautfachärzte

per Fax an 0641/985-43299

☐ ambulante Vorstellung

Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

☐ Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)

☐ Kontrolltermin

Nebendiagnosen

Besondere Hygienemaßnahmen: ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ VRE

Mobilität: ☐ Fußgänger ☐ Rollstuhl ☐ Bett

Dolmetscher erforderlich: ☐ nein ☐ ja, Sprache: _____

Normale Kommunikation : ☐ ja ☐ nein, Problem: _____

Gesetzliche Betreuung ☐ nein ☐ ja: _____

Gewünschter Termin (Dringlichkeit)

☐ Termin regulär

☐ Termin eilig

Begründung: _____

Datum

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

Wird von der Klinik für Dermatologie und Allergologie ausgefüllt!

Termin ambulante Vorstellung am: _____

Bitte teilen Sie der Patientin/ dem Patienten den Termin mit.
Herzlichen Dank!