Aufanhemanage Gafflystr. 14   35392 Gießen   Telefon:   Datum							
Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten  Kassen-Nummer  Versicherten-Nummer  Versicherten-Nummer  Status  Status  Anfordernde/r Ärztin/Arzt: Telefon: Fax:  Terminanfrage durch Hautfachärzte per Fax an 0641/985-43299  ambulante Vorstellung  Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)  Besondere Hygienemaßnahmen: Mebendiagnosen  Besondere Hygienemaßnahmen: Prüßänger Rollstuhl Bett  Dolmetscher erforderlich: nein ja, Sprache: Normale Kommunikation: ja nein, Problem: Gesetzliche Betreuung  Gewünschter Termin (Dringlichkeit) Termin regulär Termin egulär Termin ellig Begründung:			ikenkasse bzw. Kostenträger				
Status   S	Klinik für Dermatologie und Allergologie Aufnahmemanagement		Geburtsdatum  Klinik Aufn Gaffky Status 35392 Telefo		sicherten Geb	Vohnort des Vers	Name, Vorname, Straße, W
Anfordernde/r Ärztin/Arzt:		Nummer Star			Versicherten-	Kassen-Nummer	
Terminanfrage durch Hautfachärzte					Datum	Arzt-Nummer	Betriebstätten-Nummer
Terminanfrage durch Hautfachärzte per Fax an 0641/985-43299    ambulante Vorstellung   Diberweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)    Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)   Kontrolltermin   Kontrollt	pel	Praxisstempe				tin/Arzt:	Anfordernde/r Ärz
Terminanfrage durch Hautfachärzte per Fax an 0641/985-43299    ambulante Vorstellung   Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)    Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)	·	'					Telefon:
per Fax an 0641/985-43299    ambulante Vorstellung   Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)    Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)							Fax:
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 Begründung:		achtsdiagnose)				nd (kurze An	Überweisungsgru
Mobilität:							Nebendiagnosen
Normale Kommunikation : ja nein, Problem:  Gesetzliche Betreuung nein ja:  Gewünschter Termin (Dringlichkeit)  Termin regulär Termin eilig Begründung:			Bett	Rollstu	Fußgänger		Mobilität:
Gesetzliche Betreuung				ш,		ion :	Normale Kommunika
Gewünschter Termin (Dringlichkeit)  Termin regulär Termin eilig Begründung:							
Termin regulär Termin eilig Begründung:						_	
Datum   Untaraphrift antardamda/s Ärmtin/						ır	☐ Termin regulâ
Datum   Unterphylift apfordered / / Armtin /							
Datum Unterschillt amordemde/f Arztin//	in/Arzt	hrift anfordernde/r Ärztin/A	Unterso	Datum			

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!