UKGM
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Standort Gießen
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Aufnahmemanagement
Gaffkystr. 14
35392 Gießen
Telefon: 06 41/985-43230
Telefax: 06 41/985-43229

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

Dringliche bzw. reguläre 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 ausreichend

☐ Termin dringlich

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!