

Patientendaten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten _____

Geburtsdatum _____

Kassen-Nummer _____

Versicherten-Nummer _____

Status _____

Betriebstätten-Nummer _____

Arzt-Nummer _____

Datum _____

Standort Gießen
Klinik für Dermatologie und Allergologie
 Direktor:
 Prof. Dr. T. Jakob
 Leiterin der Dermatookologie:
 PD Dr. D. Göppner
 Gaffkystr. 14
 35385 Gießen
 Telefon: 06 41/985-43230
 Telefax: 06 41/985-43229
 www.ukgm.de

Anfordernde/r

Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____



Terminanfrage für Vorstellung in der Dermatookologie
 per Fax an 0641/985-43229

- ambulante Vorstellung notwendig
- kurze spezifische Beratung erbeten

Überweisungsgrund/Beratungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

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!

Kurze Beratung bzgl. Fragestellung:
