

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten

Geburtsdatum

Kassen-Nummer

Versicherten-Nummer

Status

Betriebsstätten-Nummer

Arzt-Nummer

Datum

Standort Gießen

**Klinik für Dermatologie und Allergologie**

**Aufnahmemanagement**

Gaffkystr. 14

35392 Gießen

Telefon: 06 41/985-43230

Telefax: 06 41/985-43229

**Anfordernde/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

## Dringliche bzw. reguläre Terminanfrage durch Hautfachärzte

per Fax an 0641/985-43229

☐ 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!**