

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: _____

Praxisstempel

OP Anfragen für Hauttumorpatienten

per Fax an 0641/985-43229

ambulante Vorstellung notwendig

Histologie vorhanden ja nein

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:

