

Name, Vorname: _____ **geb. Datum** _____

Anschrift, Ort: _____

Telefon: _____ gesetzlich versichert **privat versichert FAX:073150057567**

Bitte für jedes Quartal einen gültigen Überweisungsschein vorlegen

Termin innerhalb von 3 Wochen

Termin innerhalb von 3 Monaten

Notfall innerhalb von 3 Tagen Begründung: _____

**Fragestellung, bisherige Therapie,
Vorbefunde (Histologie, Labor, Vorerkrankungen, Medikamentenplan) mitfaxen**

Gesetzliche Betreuung: nein ja, bitte Name und **Telefonnummer** der Betreuer: _____

Mobilität keine Einschränkung Rollstuhl Liegend

Erforderliche besondere Hygienemaßnahmen: **MRSA** **ESBL** **VRE** **sonstige**

Der/die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Hochschulambulanz der Universitäts-Hautklinik per Fax übermittelt werden.

Praxisstempel, mit FAX Nummer

Anforderungsdatum: _____

Unterschrift anfordernder Arzt: _____

Korrespondenz Klinik:

Termin in der Hochschulambulanz: _____

Termin zu OP-Vorgespräch: _____

Bitte teilen Sie dem Patienten den Termin mit.