

FAX: 0731 500-57565

Name, Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Anschrift, Ort: _____

Telefon: _____

gesetzlich versichert privat versichert

Dringlichkeit:

Bitte für jedes Quartal einen gültigen Überweisungsschein vorlegen

- Termin innerhalb von 3 Monaten
- Dringend innerhalb von 3 Wochen
- Notfall innerhalb von 3 Tagen Begründung: _____
- akuter Notfall / sofort per Telefon 0731/500-57649 **und** Fax 0731/500-57565

Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose):

Nebendiagnosen:

Erforderliche besondere Hygienemaßnahmen: MRSA ESBL VRE sonstige _____

Mobilität: keine Einschränkung Rollstuhl Liegend

Gesetzliche Betreuung: nein ja _____

Praxisstempel, Name, Telefon, Telefax

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

Unterschrift anfordernder Arzt: _____

Anforderungsdatum: _____

wird von der Universitätsklinik ausgefüllt

Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie
Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. K. Scharffetter-Kochanek
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm

Termin in der Hochschulambulanz: _____

bitte teilen Sie dem Patienten den Termin mit!