

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kassen-Nummer \_\_\_\_\_ Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_ Arzt-Nummer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Praxisstempel

**Anfordernde/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_  
 Telefon: (alternativ Praxisstempel) \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

## Terminanfrage durch niedergelassene Ärzte / amb. Wundzentren

per Fax an 0761 270-67410

ambulante Vorstellung

**Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose, Vorerkrankungen)**

---



---

**Operative Eingriffe an Gefäßen:**  ja  nein

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)  Kontrolltermin

**Nebendiagnosen**

---



---

**Besondere Hygienemaßnahmen:**  MRSA  ESBL  VRE

**Mobilität:**  Fußgänger  Rollstuhl  Bett

**Kommunikation:**  ja  nein, Problem: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Termin (Dringlichkeit)**

Termin regulär

Termin eilig

Begründung: \_\_\_\_\_

**Bitte für jedes Quartal einen Überweisungsschein und bitte bei stationärer Einweisung einen Einweisungsschein vorlegen!**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Wird von der Klinik für Dermatologie und Venerologie ausgefüllt!**

**Termin ambulante Vorstellung am:** \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie der Patientin / dem Patienten den Termin mit.  
Herzlichen Dank!**