



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 Hautklinik

ambulante Vorstellung

Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik)

Kontrolltermin

Nebendiagnosen

Besondere Hygienemaßnahmen: MRSA ESBL VRE

Mobilität: Fußgänger Rollstuhl Bett

Gesetzliche Betreuung: nein ja: _____

Gewünschter Termin (Dringlichkeit)

Notfall (Termin innerhalb von 3 Tagen)

Begründung: _____

Dringend (Termin innerhalb von 3 Wochen)

Termin innerhalb von 3 Monaten

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

Datum

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

Wird von der Hautklinik ausgefüllt!

Termin ambulante Vorstellung am: _____

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