

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____



Klinik für Dermatologie und Venerologie
Ambulanz
Telefon: 0761 270-68230
Telefax: 0761 270-66650
haut-ambulanz@uniklinik-freiburg.de

Name, Vorname, Straße, Wohnort der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Telefon Patient*in: _____

Kassen-Nummer _____ Versicherten-Nummer _____ Status _____

Betriebsstätten-Nummer _____ Arzt-Nummer _____ Datum _____



Anfordernde/r Ärztin/Arzt: _____
Telefon: (alternativ) _____
Fax: (Praxisstempel) _____

Anfrage für einen ambulanten Termin durch Hautfachärzt*innen per Fax an 0761 270-66650

Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

Falls es der Patientin / dem Patienten nicht möglich ist, den vergebenen Termin wahrzunehmen, kann sie/er diesen (bitte frühzeitig) über unsere Terminvergabe (Tel. 0761 270-68230, Mo-Fr von 09:00 bis 12:00 Uhr) verschieben.

Nebendiagnosen

- Besondere Hygienemaßnahmen:** MRSA ESBL VRE
- Mobilität:** Fußgänger Rollstuhl Bett
- Dolmetscher*in erforderlich:** nein ja, Sprache: _____
- Normale Kommunikation:** ja nein, Problem: _____
- Gesetzliche Betreuung:** nein ja: _____

- Termin regulär
- Termin dringlich

Begründung: _____
(medizin. Notwendigkeit)

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!