

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 Hautfachärzte

per Fax an 0761 270-66650

ambulante Vorstellung

Überweisungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

Erstvorstellung (wegen dieser Problematik) Kontrolltermin

Nebendiagnosen

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

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 Hautklinik ausgefüllt!

Termin ambulante Vorstellung am: _____

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