

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

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

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

Betriebstätten-Nummer \_\_\_\_\_ Arzt-Nummer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Anfordernde/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### Dringliche bzw. reguläre Terminanfrage durch Hautfachärzte

per Fax an 0641/985-43229

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

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

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

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

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