

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Faxformular für Facharztpraxen: Zuweisung über 0511-532-18850

Patient*in: _____
(Name, Vorname)

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Diagnose: _____

Zuweiserpraxis (Stempel):

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Sie möchten eine/n Patient*in in unserer Hochschulambulanz vorstellen. Hierfür bitten wir freundlich um folgende Angaben:

1. Gibt es eine histologisch gesicherte Diagnose?

Ja, bitte Histologie faxen (Nr. 0511-532 18850) Nein

2. Gibt es weitere für die Hautkrankheit relevante Vorbefunde (Blutwerte, Bildgebung etc.)?

Ja, bitte faxen (Nr. 0511-532 18850) oder Pat. mitgeben Nein

3. Einleitung einer Systemtherapie gewünscht?

4. Für Terminvergabe Rückruf gewünscht an: Patient*in, Tel.-Nr.: _____

Praxis, Tel.-Nr.: _____

5. Optional: Infektiöse Erkrankungen, Besonderheiten? (z.B. MRSA, Betreuung)

Nein

Ja, Bemerkungen: _____

