

FAX-Anmeldeformular und Überweisungsformular für Zuweiserpraxen

FAX-NUMMERN

Hochschulambulanz/Allergologie:
0511 532 - 18850

HTZH operativ:
0511 532 - 18574

HTZH onkologisch:
0511 532 - 18853

Zuweiserpraxis / Kontakt für Rückfragen

(Praxistempel)

Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Tel./Mobil Nr.: _____

(Bitte unbedingt angeben!)

Wohnort: _____

Versicherung: ☐ GKV ☐ PKV ☐ UV

☐ **Hochschulambulanz** ☐ **Allergologie** ☐ **Hauttumorzentrum Hannover (HTZH)**

Klinische Angaben

☐ Überweisung (in Anlage)

☐ Vorbefunde (in Anlage)

Diagnose _____

Relevante Nebendiagnosen: ☐ Herzschrittmacher ☐ Defibrillator ☐ Herzklappenersatz

Bisherige Therapie/n: _____

Systemtherapie indiziert? ☐ nein ☐ ja, bitte Einleitung ☐ ja, bitte Einleitung und Fortführung in der MHH

Allgemeine Angaben:

☐ multiresist. Erreger ☐ Hepatitis/HIV ☐ Antikoagulation

☐ betreut ☐ immobil ☐ Rollstuhl ☐ Übersetzer notwendig

Behandlungsmodalität:

☐ ambulant

☐ teilstationär

☐ stationär

Dringlichkeit:

☐ eilig

☐ dringlich

☐ elektiv

Histologie (HTZH zwingend)

☐ nein

☐ in Anlage

Tumorlokalisation: _____

Tumorgröße in cm: _____

Rückruf an:

☐ Patient

☐ Praxis

Bemerkungen: _____

Jeder Faxeingang wird zeitnah fach-/oberärztlich geprüft.

Hochschulambulanz/Allergologie: Die Terminvergabe erfolgt individuell und häufig erst mit wenigen Wochen Vorlauf.