

## 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: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Tel./Mobil Nr.:** \_\_\_\_\_ **Versicherung:**  GKV  PKV  UV

(Bitte unbedingt angeben!)

**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

**Phototherapie indiziert?**  nein  ja, Art: \_\_\_\_\_

Letzte Phototherapie (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_ **Tumorgroße in cm:** \_\_\_\_\_

**Rückruf an:**  Patientin/Patient  Praxis

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Jeder Faxeingang wird zeitnah fach-/oberärztlich geprüft.

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