

**FAX an 02351-46-3136**

**Terminanfrage für ambulante oder stationäre Behandlung in der Hautklinik**

Zuweisende Arztpraxis (Stempel)

Sehr geehrtes Team der Hautklinik,

wir möchten Ihnen eine/n Patientin/Patienten unserer Praxis zur Weiter-/Mitbehandlung vorstellen.

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon.....

Versicherung:  GKV       PKV       stationäre Wahlleistung/Zusatzversicherung

**Wir bitten um einen**

**Ambulanten Vorstellungstermin:** .....

**Stationären Aufnahmetermin:** .....

**wegen folgender (Verdachts-) Diagnose:**

.....

Histologischer Befund liegt vor und ist beigelegt

**Relevante Zusatzinformationen für stationäre Planung:** (bitte zutreffendes markieren)

Allergien: .....

**Antikoagulation:**  NOAK: .....  Clopidogrel .....

Multiresistente Keime:  MRSA/MRSE: positiver Nachweis in Vorgeschichte

MRSA: aktuelle Abstrich-Kontrolle am .....

**Demenz /Hinlauffähigkeit:**  ja       nein

**Dialyse:** .....Anzahl pro Woche bzw. Tage

**Bitte senden Sie den Termin per FAX an unsere Praxis!**

**Bitte informieren Sie die Patientin /den Patienten direkt unter der o.g. Telefon-Nummer.**

Freundliche Grüße,

Datum: .....

Name der/des Praxismitarbeitenden