

**Terminanfrage für Hautfachärzte an die
Hochschulambulanz der Universitäts-Hautklinik Ulm
FAX: 0731 500-57565**

Name, Vorname: _____ **geb. Datum** _____

Anschrift, Ort: _____

Telefon: _____ ☐ gesetzlich versichert ☐ **privat versichert FAX:073150057567**

Bitte für jedes Quartal einen gültigen Überweisungsschein vorlegen

☐ Termin innerhalb von 3 Wochen

☐ Termin innerhalb von 3 Monaten

☐ **Notfall innerhalb von 3 Tagen Begründung:** _____

Fragestellung, bisherige Therapie,

Vorbefunde (Histologie, Labor, Vorerkrankungen, Medikamentenplan) mitfaxen

Gesetzliche Betreuung: ☐ **nein** ☐ **ja**, bitte Name und **Telefonnummer** der Betreuer:

Mobilität ☐ keine Einschränkung ☐ Rollstuhl ☐ Liegend

Erforderliche besondere Hygienemaßnahmen: ☐ **MRSA** ☐ **ESBL** ☐ **VRE** ☐ **sonstige**

Der/die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Hochschulambulanz der Universitäts-Hautklinik per Fax übermittelt werden.

Praxisstempel, mit FAX Nummer

Anforderungsdatum: _____

Unterschrift anfordernder Arzt: _____

Korrespondenz Klinik:

Termin in der Hochschulambulanz: _____

Termin zu OP-Vorgespräch: _____

Bitte teilen Sie dem Patienten den Termin mit.