



Terminanfrage
für Hautfachärzte an die
Hochschulambulanz der Klinik für Dermatologie
und Allergologie des Universitätsklinikum Ulm

FAX: 0731 500-57565

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

Anschrift, Ort: _____ **Telefon:** _____

Vers.-Status: _____

Dringlichkeit:

- Termin innerhalb von 4 Monaten „Bitte für jedes Quartal einen gültigen Überweisungsschein vorlegen“
- dringend, innerhalb von 3 Wochen
- Notfall innerhalb von 3 Tagen Begründung: _____
- akuter Notfall / sofort per Telefon 0731/500-57649 **und** Fax 0731-57565
- stationäre Aufnahme erforderlich

Sprechstunden/Funktionsbereiche:

- Allgemeinambulanz Kollagenosesprechstunde Tumorsprechstunde
- Allergieabteilung Tagesklinik

Überweisungsgrund (Diagnose, kurze Anamnese, aktueller Medikamentenplan):

Nebendiagnosen:

Erforderliche besondere Hygienemaßnahmen:

- MRSA, Behandlung erfolgt mit _____
- ESBL VRE sonstige _____

Mobilität:

- keine Einschränkung Rollstuhl liegend

Gesetzliche Betreuung:

- nein ja _____

Praxisstempel, Name, Telefon, Telefax

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

Unterschrift anfordernder Arzt: _____

Anforderungsdatum: _____

wird von der Universitätsklinik ausgefüllt



Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie

Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. K. Scharffetter-Kochanek, D-89081 Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, Telefon: 0731 500-57522

Termin in der Hautklinik: Datum: _____ Uhrzeit: _____ in Funktionsbereich: _____