



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