

## Faxformular - Terminanfrage

Hiermit bitten wir um Vorstellung unseres Patienten in folgendem Bereich:

- allgem. Dermatologie (an 0201 723-5405)       Hauttumorzentrum (an 0201 723-5442)  
 Privatambulanz (an 0201 723-5479)       Wundambulanz (an 0201 723-5390)

- Erstvorstellung       Wiedervorstellung       Kassenpatient  
 Privatpatient

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Patientenaufkleber

### Verdachtsdiagnose

### Bemerkungen/ Dringlichkeit

### Praxisdaten

Praxis : \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Terminbestätigung an:     Patient       Praxis