Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinikum
Klinik für Dermatologie

Faxformular - Terminanfrage

Hiermit bitten wir um Vorstellung unseres Patienten in folgendem Bereich:

- ☐ allg. Dermatologie (an 0201 723-**5405**)
- ☐ Hauttumorzentrum (an 0201 723-**5442**)
- ☐ Privatambulanz (an 0201 723-**5479**)
- ☐ Wundambulanz (an 0201 723-**5390**)
- ☐ Familiäre Hauttumore (an 0201 723-**947-6759**)
- ☐ Kindersprechstunde (an 0201 723-**5405**)

☐ **Erstvorstellung** ☐ **Wiedervorstellung** ☐ **Kassenpatient** ☐ **Privatpatient**

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Patientenaufkleber

Verdachtsdiagnose

Bemerkungen/ Dringlichkeit

Bestand in den letzten 12 Monaten ein Kontakt zum Gesundheitswesen im Ausland?

☐ ja ☐ nein

Bestand Kontakt zu einer Person mit 4MRGN oder leitet Patient/in an 4MRGN/ Candida auris?

☐ ja, 4MRGN ☐ ja, Candida auris ☐ ja, Kontaktperson ☐ nein

Liegt ein Tracheostoma vor?

☐ ja ☐ nein

Praxisdaten

Praxis : _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Praxisstempel

Terminbestätigung an: ☐ Patient ☐ Praxis