

Haut Tumor Zentrum M+H

Elektive stationäre Einweisung:

FAX an Nr.: 0511 532 18574

Ambulante Anmeldung eines operativen Patienten:

FAX an Nr.: 0511 532 18574

Ambulante Anmeldung eines onkologischen Patienten:

FAX an Nr.: 0511 532 18850

Patient: _____
(Name, Vorname)

Geb.-Datum: _____

Versicherung: _____

Diagnose: _____

Zuweiserpraxis:
(Stempel)

Für die Planung werden folgende Angaben unbedingt benötigt:

1. Gibt es eine histologisch gesicherte Diagnose ?

Ja, bitte Histologie faxen Nein

2. Rückruf gewünscht an: Patient, Tel.-Nr.: _____

Praxis, Tel.-Nr.: _____

3. Optional: Infektiöse Erkrankungen, Besonderheiten? (z.B. MRSA, Betreuung)

Nein

Ja, Bemerkungen: _____