

Patientendaten:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten

Geburtsdatum

Kassen-Nummer

Versicherten-Nummer

Status

Betriebstätten-Nummer

Arzt-Nummer

Datum



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Standort Gießen
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Direktor:
Prof. Dr. T. Jakob

Leiterin der Dermatoonkologie:
PD Dr. D. Göppner
Gaffkystr. 14
35385 Gießen
Julia Hoeberechts
Sekretariat Dermatoonkologie
Telefon: 06 41/985-43204
Telefax: 06 41/985-43219
Julia.Hoeberechts@derma.med.
uni-giessen.de
www.ukgm.de

Anfordernde/r

Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Praxisstempel

Allgemeine bzw. fallbezogene Anfragen für Hauttumorpatienten durch Einweiser
per Fax an 0641/985-43229

ambulante Vorstellung notwendig

kurze spezifische Beratung erbeten

Überweisungsgrund/Beratungsgrund (kurze Anamnese, Befunde, Arzneimittelliste, Verdachtsdiagnose)

Gewünschter Termin (Dringlichkeit)

Termin regulär

Termin eilig / Begründung: _____

Datum

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

Wird von der Klinik für Dermatologie und Allergologie ausgefüllt!

Termin ambulante Vorstellung am: _____

Bitte teilen Sie der Patientin/ dem Patienten den Termin mit. Herzlichen Dank!

Kurze Beratung bzgl. Fragestellung:

Arztstempel