Patient:

Mindestangaben: Name, Vorname, Geb.-Datum, Straße, PLZ/Ort

KlinikumDarmstadt GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus

Hautklinik

Kommissarischer Leiter
Dr. med. Ernst Hasche

Telefon 0 61 51/107 – 41 31
Telefax 0 61 51/107 – 41 49
E-Mail hautklinik@mail.klinikum-darmstadt.de

Ambulanz / Allergieabteilung

der Hautklinik - Klinikum Darmstadt GmbH

FAX Ambulanz 0 61 51 – 107 41 49

Bitte ankreuzen und möglichst vollständig ausfüllen

☐ Anmeldung – Notfall/dringender Patient Überweisungsambulanz

☐ Anmeldung – Standardtermin Überweisungsambulanz

☐ Anmeldung – Tagesklinische Behandlung

☐ Anmeldung – Stationäre Behandlung

Telefonnummer Patient: → Patient wird zeitnah zurückgerufen

Mobil:_____ Festnetz: _____

Klinische Angaben / Verdachtsdiagnose:

Ausdehnung/Lokalisation: _____

_____

Falls vorhanden, Histologie beifügen!

Weitere Hinweise:

MRSA: Ja ☐ Nein ☐

Pflegebedürftig: Ja ☐ Nein ☐

Privatpatient: Ja ☐ Nein ☐

Praxisstempel