

Patient:

Hautklinik

Direktor

Priv. Doz. Dr. med. Podda

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

## Ambulanz / Allergieabteilung

der Hautklinik - Klinikum Darmstadt GmbH

Telefon 0 61 51/107 – 41 31

Telefax 0 61 51/107 – 41 49

E-Mail [hautklinik@mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:hautklinik@mail.klinikum-darmstadt.de)

**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: \_\_\_\_\_

**Weitere Hinweise:**

MRSA: Ja  Nein

Pflegebedürftig: Ja  Nein

Privatpatient: Ja  Nein

**Praxisstempel**