

Anmeldung Spezialsprechstunde Akne Inversa

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

Univ.-Prof. Dr. T. Biedermann
Direktor

Schweregrad der Erkrankung:

- Hurley I (rein entzündlich)
- Hurley II/III (mit Narben/Fistelgängen)

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Bitte ausfüllen und per Fax an 089-4140-3228 senden

Hinweise

- Bitte Medikamentenplan und ggf. Vorbefunde (insbesondere frühere Operationen) mitbringen.
- **Termine für operative Eingriffe** werden nach der ambulanten Erstvorstellung, in welcher auch das Aufklärungsgespräch erfolgt, vereinbart.

- Bitte Termin direkt mit Patient/in vereinbaren:

Tel. Pat. _____ / _____

- Bitte Termin über die anfordernde Praxis koordinieren (Tel. / Fax siehe Vertragsarztstempel)

Wir bitten Sie den folgenden optionalen Abschnitt auszufüllen, damit wir Ihre Patientin/ Ihren Patienten bedarfsgerecht einbestellen und den Ablauf der Diagnostik und Therapie optimieren können. Vielen Dank!

Weitere Angaben zum Patienten:

Betroffene Lokalisationen:

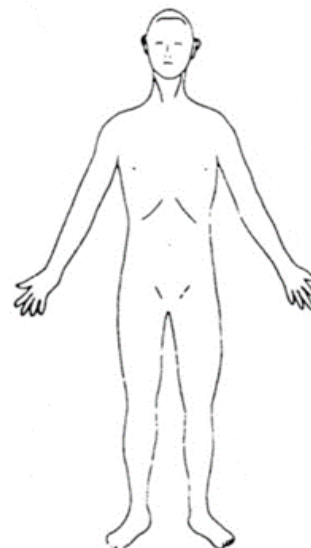
Bisherige Therapien:

- Topische Therapien:
- Antibiotika (Wirkstoff/Dauer):

- Sonstige Medikamente:

- Abszessspaltung/-inzision:

- Exzision:



Sonstige Hinweise:

Hiermit willige ich in die Weitergabe meiner Daten und in die Kontaktaufnahme durch die Klinik für Dermatologie und Allergologie des Klinikums rechts der Isar ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter)