

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

Anmeldung in der operativen Dermatologie

Fax:
089-4140-3228

Email:
op.termine.derma@lrz.tum.de



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Univ.-Prof. Dr. T. Biedermann
Direktor

Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)



Bitte ausfüllen und an Fax 089-4140-3228 senden

Hinweise

- Bitte Medikamentenplan, Vorbefunde, insbesondere **Histologie** (sofern vorhanden), Allergiepass und Ähnliches mitbringen.
- Termin für stationäre Exzision wird nach einer ambulanten Erstvorstellung, in welcher auch das Aufklärungsgespräch erfolgt, vereinbart.

Bitte Termin direkt mit Pat. vereinbaren
Tel. Pat. _____ / _____

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

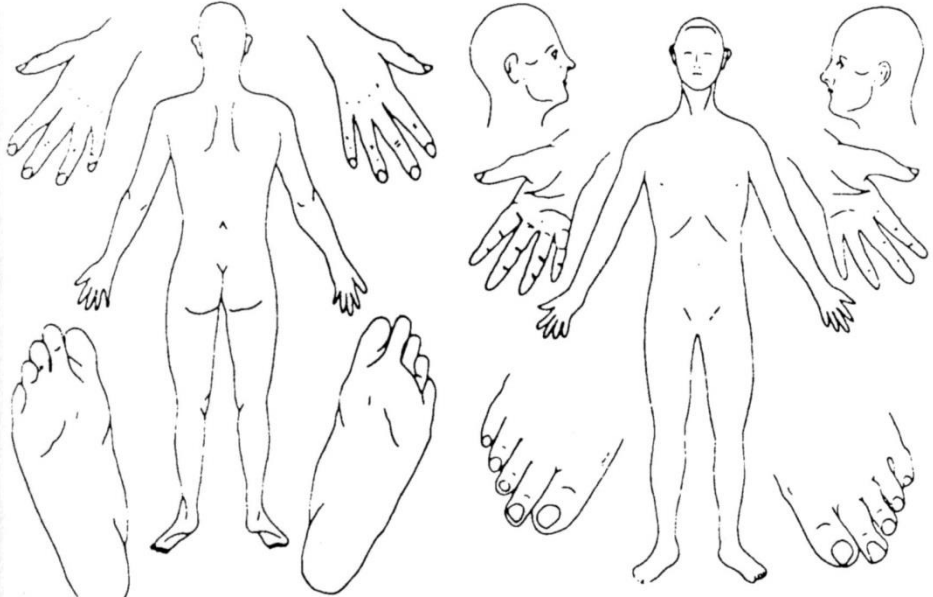
Rückmeldung

Ihr Pat. hat am __ / __ / 2015 um __ : __ Uhr einen ambulanten Vorstellungstermin bei einem Operateur in der operativen Sprechstunde.

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!

Therapieauftrag

	Verdachtsdiagnose / Diagnose und Lokalisation (bitte unten markieren)	Größe (bei Tumoren)
1)		
2)		
3)		
4)		



Sonstige Hinweise