

Anmeldung an Fax-Nummer 05151 94 14 65

Patient _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nummer und Adresse von der
Station/ Wohnheim/ Heimname:

Aktuelle dermatologische Fragestellung:	
Was?	
Wo?	
Wie lange?	
Verlauf/ Beschwerden:	
Vorbehandlung: Was? Wann? Wie lange? (auch wenn es nicht geholfen hat)	
Vorbehandelnde Ärzte/ Vorbefunde (zB Abstriche, Biopsien o.a.)	

Aktuellen Medikamentenplan BITTE FAXEN.

Wichtige Vorerkrankungen/ Einschränkungen wie z.B. Demenz, Apoplex, KHK,
Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus u.a.

Nur für interne Zwecke:

Ihr Termin ist am: _____ um _____ Uhr