

Klinikum Bielefeld Rosenhöhe
Hautklinik - Ambulanz
Fax: 05 21. 9 43 - 88 97

Praxisstempel / Absender

Bitte vereinbaren Sie mit folgender/m **Patientin/ Patienten** einen Termin:

Name: _____

Vorname: _____

weiblich männlich

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Krankenversicherung: _____

Erreichbarkeit des Patienten (bitte alle Telefonnummern und Email-Adresse abfragen):

E-Mail-Adresse: _____

privat Telefonnummer: _____

dienstlich Telefonnummer: _____

mobil Telefonnummer: _____

Überweisungsgrund:

Arzneimittelallergie Bullöse Dermatoze Kollagenose Psoriasis

Atop. Ekzem Erysipel Kontaktallergie Spinaliom

Basaliom Insektengiftallergie Melanom Vaskulitis

Behandlung: ambulant

stationär

Dringlichkeit: 1 Woche

2 Wochen

4 Wochen

Bemerkungen: