

Eilbehandlungsauftrag für die Hautklinik Dortmund

FAX-Nr. Ambulanz **0231/953-21086** Tel.-Nr. Ambulanz **0231/953-21557**

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Erstvorstellung Wiedervorstellung

Tel.-Nr. _____ mobil _____

Krankenkasse: _____ ambulant: gesetzlich: privat:
stationär: gesetzlich: privat:

Diagnose (bei Tumoren bitte unbedingt mit Größenangabe und Lokalisation):

Histologisch gesichert ja (Befund bitte beifügen) nein

Bisherige Therapien: _____

Wichtige Nebendiagnosen: _____

Antikoagulantien: ja welche: _____ nein

Allergien: ja welche: _____ nein

Multiresistente Erreger: ja welche: _____ nein

Gewünschte Maßnahmen durch Hautklinik:

- Operation (stat./amb. wird durch Hautklinik entschieden)
- Stationäre Aufnahme Ambulante Abklärung

Kommentar: _____

Stempel + Unterschrift Arztpraxis

Hinweis: Anruf beim Patienten durch die Hautklinik erfolgt zeitnah und in der Regel innerhalb von 48 Stunden.
Den Eilbehandlungsauftrag ausschließlich in **dringlichen** Fällen verwenden.