

ANFRAGE-FORMULAR Termin Poliklinik Hautklinik

Fax: +49 241 7501-8290

E-Mail: terminvergabe-hautklinik@ukaachen.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Unter Nutzung dieses Formulars können Sie einen **Termin zur Vorstellung Ihrer Patientin / Ihres Patienten** in der Poliklinik der Hautklinik, Tumorsprechstunde oder Allergiesprechstunde vereinbaren.

Sehr geehrte Patienten!

Unter Nutzung dieses Formulars können Sie einen **Termin zur Vorstellung** in der Poliklinik der Hautklinik vereinbaren. Bitte beachten Sie, dass eine Vorstellung in unserer allgemeinen Ambulanz **nur nach Zuweisung** eines Arztes und Ausstellung eines **Überweisungsscheins** möglich ist.
Bringen Sie diesen bitte zu Ihrem ersten Besuch mit.

Füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es uns entweder als FAX oder per E-mail.
Wir werden uns so schnell wie möglich bei Ihnen melden.

Sie kontaktieren uns als: Patient ☐ Arzt ☐

Patientendaten (BITTE IN DRUCKSCHRIFT)

Vorname*: _____

Nachname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Krankenkasse*: _____

Anliegen: ☐ Bitte um Terminvergabe ☐ Sonstiges, bitte bei Anmerkungen ergänzen

Überweisender Arzt*: _____

Verdachtsdiagnose / Anmerkungen: _____

Kontaktdaten für die Kommunikation:

FAX*: _____ Telefon-Nr *(tagsüber): _____

E-Mail*: _____

*)Pflichtfelder

Zu Ihrem Termin melden Sie sich bitte am Standort Franziskus, Etage E.