

**ANFRAGE-FORMULAR Termin Poliklinik Hautklinik**

Fax: +49 241 80-82185

E-Mail: [terminvergabe-hautklinik@ukaachen.de](mailto: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: Aufzug B5, 5. Etage, Rezeption der Hautklinik**