

Terminanfrage für die Kinderdermatologische Sprechstunde

► **Per Fax an: 0821 400-179210**

Bitte holen Sie sich vor Übermittlung der Patientendaten das Einverständnis Ihrer/s Patienten/in ein.

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Telefon:	
Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Andere	CAVE:	<hr/> <hr/>
Überweisungsgrund Verdachtsdiagnose mit Einschätzung der Dringlichkeit:			

Wir bitten um Verständnis, dass für die Abklärung weiterer Anliegen oder Beschwerden aus anderen Fachbereich (z.B. spezifisch allergologische Fragestellungen) - sofern diese nicht im Zusammenhang mit der Verdachtsdiagnose stehen - gesonderte Termine in Spezialsprechstunden zu vereinbaren sind.

**Kontaktdaten der
zuweisenden Praxis**

Stempel mit Angabe der Faxnummer

Termin in der Sprechstunde

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Bitte teilen Sie diesen Termin
Ihrem/r Patienten/in mit! Vielen Dank!

Sie haben Fragen? Unserer Kontaktdaten sind:

Universitätsklinikum Augsburg
 Kinderklinik Augsburg | Mutter-Kind-Zentrum Schwaben
 Kinderdermatologisches Zentrum
 Telefon: 0821 400-7450 oder -9210 | Fax: -179210
 Internet: www.uk-augsburg.de/kinderdermatologie