

TERMINANFRAGE-FORMULAR FÜR NIEDERGELASSENE HAUT- UND KINDERÄRZTE

Sehr geehrte Kollegen,
aufgrund der häufig langen Wartezeiten für die Patienten auf einen Vorstellungstermin in unserer Ambulanz, bieten wir Ihnen an, dass Sie uns in dringenden Fällen direkt zwecks Terminabsprache kontaktieren können.

Für die Terminvergabe benötigen wir folgende Angaben:

Patientendaten:

Name:	
Geburtsdatum:	
(Verdachts-) Diagnose:	
Histologie:	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor
Dringlichkeit:	☐ < 48 Stunden ☐ < 2 Wochen
Anmerkungen:	

Ihre Kontaktdaten:

Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Praxisstempel:	

Sie erreichen uns von montags bis freitags von 8:00 bis 12:00 Uhr sowie montags bis donnerstags von 14:00 bis 15:00 Uhr.

Bitte schicken Sie uns Ihre Anfrage per Fax an 0211-8119619 oder per E-Mail an: AllgemeineAmbulanz-Hautklinik@med.uni-duesseldorf.de

Wir werden Ihre Anfrage umgehend bearbeiten und Ihnen den Termin mitteilen.

Bitte geben Sie dem Patienten/der Patientin den Überweisungsschein mit.

Weitere Informationen für die Patienten finden sich auf unserer Homepage.

Ihr Ambulanzteam



UAZ UniversitätsAllergieZentrum
University Allergy Center

UWZ UniversitätsWundZentrum
University Wound Care Center

HTZ Hauttumorzentrum
Skin Cancer Center

UTZ Universitätstumorzentrum
University Cancer Center