

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum, Straße, PLZ/Wohnort



Fachklinik für Hauterkrankungen

Streuweg 100
63755 Alzenau-Michelbach
www.vital-klinik.de

Ambulanz der Vital Klinik

Fachklinik für Hauterkrankungen

FAX: 06023 5059 310

Dr. med. Dieter Bachter
Telefon: 06023 50590
Email: info@vital-klinik.de

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
hiermit wollen wir Ihnen die Möglichkeit bieten, Ihren Patienten einen bevorzugten Termin in unserem Hause anzubieten. Bitte füllen Sie den folgenden Teil möglichst vollständig aus und faxen uns das Blatt zu. Zur Terminvereinbarung setzen wir uns direkt mit Ihrem/Ihrer Patient(in) in Verbindung.

- Anmeldung – Notfall / dringender Patient Privatambulanz**
- Anmeldung – Standardtermin Privatambulanz**
- Anmeldung – Notfall / stationäre Behandlung**
- Anmeldung – stationäre Behandlung**

Telefonnummer Patient:

Festnetz: _____ **Mobil:** _____

Klinische Angaben

Verdachtsdiagnose: _____

Ausdehnung

Lokalisation: _____

Weitere Hinweise:

MRSA: Ja / Nein

Pflegebedürftig: Ja / Nein

Eingeschränktes Gehen: Ja / Nein

Privatpatient: Ja / Nein

Betreuender Arzt: _____

Erreichbar unter _____

Telefonnummer: _____

von/bis (Uhrzeit): _____

am (Wochentag): _____

Praxisstempel

Erledigungsvermerk Vital Klinik:

Termin am: _____

Termin bei: _____

Erledigt von: _____