

## Eilbehandlungsauftrag für die Hautklinik Dortmund

FAX-Nr. Ambulanz **0231/953-21086** Tel.-Nr. Ambulanz **0231/953-21557**

oder Prof. Nashan: Fax: **0231/953-21554** Tel.: **0231/953-21550**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ FAX-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Diagnose (bei Tumoren bitte unbedingt mit Größenangabe und Lokalisation):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Histologisch gesichert ja (Befund bitte beifügen) nein

Wichtige Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

**Antikoagulantien:** ja (welche: \_\_\_\_\_) nein

### Gewünschte Maßnahmen durch Hautklinik:

Termin wird von der Hautklinik direkt mit dem Pat. vereinbart

Operation (stat./amb. wird durch Hautklinik entschieden)

Stationäre Aufnahme

Ambulante Abklärung

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

Rückruf Praxis erbeten: ja

Stempel Arztpraxis

**Hinweis:** Anruf beim Pat. durch die Hautklinik erfolgt zeitnah.  
Bei schlecht erreichbaren Pat. bitte mobile Tel.-Nr. oder günstige Zeit angeben!  
Bitte den Eilbehandlungsauftrag ausschließlich in **dringlichen** Fällen verwenden.