

Anmeldeformular Präoperative Sprechstunde

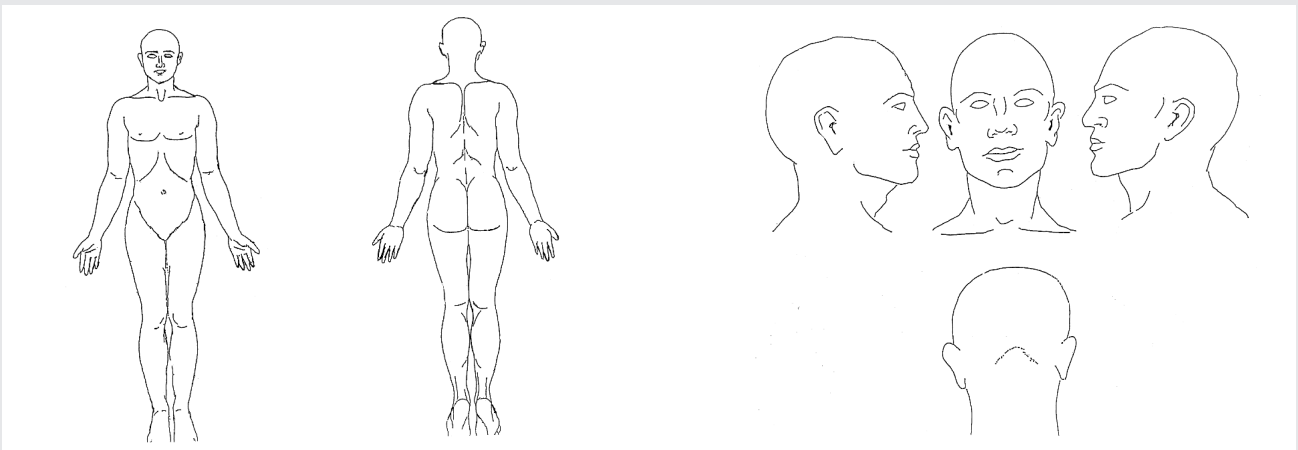
Patient

Name/Vorname		Geburtsdatum	
Telefonnummer		Mobil	
Krankenversicherung			
Einweiser			

Diagnose

(Tumorart, max. vertikaler Tumordurchmesser und klinische Größe aller Läsionen angeben, falls bekannt):

Lokalisation (bitte alle Läsionen markieren)



Gewünschte Untersuchung(en) und Fragestellung

- Histologie vorhanden: ja (bitte diesem Formular hinzufügen) nein
 Fotos vorhanden: ja (bitte an praeop.dermatologie.kiel@uksh.de senden) nein
 Termin vereinbaren mit: Patienten Praxis Praxis über Termin informieren
 Mobilität: normal Rollstuhl Bett
 Sonstiges: Diabetes mellitus Herzschrittmacher/Defibrillator Heimbeatmungsgerät
 gesetzl. Betreuung Isolierung

Zum Vorstellungstermin bitte Diagnosenliste und Medikamentenliste (mit Dosierschema und Stärke) mitbringen!

Bitte das ausgefüllte Formular an 0431 500-28442 faxen!

Bei Fragen sind wir Mo. bis Fr. von 8–14 Uhr unter 0431 500-21202 erreichbar.