

FAX-Anmeldeformular und Überweisungsformular für Zuweiserpraxen

FAX-NUMMERN

Hochschulambulanz/Allergologie:
0511 532 - 18850

HTZH operativ:
0511 532 - 18574

HTZH onkologisch:
0511 532 - 18853

Zuweiserpraxis / Kontakt für Rückfragen

(Praxistempel)

Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

Tel./Mobil Nr.: _____ **Versicherung:** GKV PKV UV

(Bitte unbedingt angeben!)

Hochschulambulanz **Allergologie** **Hauttumorzentrum Hannover (HTZH)**

Klinische Angaben Überweisung (in Anlage) Vorbefunde (in Anlage)

Diagnose _____

Relevante Nebendiagnosen: Herzschrittmacher Defibrillator Herzklappenersatz

Bisherige Therapie/n: _____

Systemtherapie indiziert? nein ja, bitte Einleitung ja, bitte Einleitung und Fortführung in der MHH

Phototherapie indiziert? nein ja, Art: _____

Letzte Phototherapie (Monat/Jahr): _____ Art: _____

Allgemeine Angaben: multiresist. Erreger Hepatitis/HIV Antikoagulation
 betreut immobil Rollstuhl Übersetzer notwendig

Behandlungsmodalität: ambulant teilstationär stationär

Dringlichkeit: **eilig** dringlich elektiv

Histologie (HTZH zwingend) nein in Anlage

Tumorlokalisation: _____ **Tumorgroße in cm:** _____

Rückruf an: Patientin/Patient Praxis

Bemerkungen: _____

Jeder Faxeingang wird zeitnah fach-/oberärztlich geprüft.

Hochschulambulanz/Allergologie: Die Terminvergabe erfolgt individuell und häufig erst mit wenigen Wochen Vorlauf.