

Akten-/Telefonkonsilium

Patienten – Stammblatt (wenn vorhanden, bitte faxen an 031/632 22 33)

Personalien:

Vorname, Name
Geb. Datum
Strasse
PLZ, Ort
Telefon Privat

Versicherung

Wir weisen den Auftragsgeber daraufhin, dass er im Einverständnis des Patienten der Universitätsklinik für Dermatologie das Aktenstudium in Auftrag gibt.

Diagnose:

.....
.....

Fragestellung

.....
.....
.....
.....

Ort/Datum: Name des Arztes (Auftraggeber) mit Stempel:

Tel-Nr. für Rückruf: Unterschrift: