

## 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: .....