



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am.		
Kassen.-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Fax-Terminanfrage ambulante/stationäre Vorstellung

**Fax. Nr. 0391-6715265**



**Universitätshautklinik**

**Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Tüting**  
Direktor  
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg

**Bitte beachten Sie:**

- Fax-Terminanfragen können nur von ärztlichen Kollegen gestellt werden.
- Die Antwort erfolgt immer an die anfordernde Praxis, in der Regel bis zum Mittag des folgenden Werktages
- Die medizinischen Gründe für die Notwendigkeit einer stationären bzw. hochschulmedizinischen Versorgung sollten nachvollziehbar sein.

Zentrale (24h):  
0391 67-01

Hochschulambulanz  
0391 67-15267  
fax: 265  
email:  
hautambulanz@med.ovgu.de

Allergologie  
0391 67-15269  
fax: 105

Dermato-Onkologie  
0391 67-15993  
fax: 283  
email:  
hautonkologie@med.ovgu.de

(Verdachts-)-Diagnose: \_\_\_\_\_

Histologie Befund anbei (bitte bei OP-Anmeldung mitschicken)

Art der Vorstellung:

ambulanter Termin  stationäre Aufnahme

Medizinische Dringlichkeit: \_\_\_\_\_

Medizinische Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Praxis/Arzt: \_\_\_\_\_

Fax Nummer Arzt: \_\_\_\_\_

---

**Antwortschreiben vom:**

Termin am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Ambulanz      | <input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme                  |
| <input type="checkbox"/> Allergologische Ambulanz | <input type="checkbox"/> Hauttumorsprechstunde                |
| <input type="checkbox"/> Wundzentrum/Phlebologie  | <input type="checkbox"/> ambulante Vorstellung zur OP Planung |

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Erledigt/gefaxt am: \_\_\_\_\_