

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum, Straße, PLZ/Wohnort

Ambulanz der Vital Klinik

Fachklinik für Hauterkrankungen

FAX: 06023 5059 310



Fachklinik für Hauterkrankungen

Streuweg 100
63755 Alzenau-Michelbach
www.vital-klinik.de

Dr. med. Dieter Bachter
Telefon: 06023 50590
Email: info@vital-klinik.de

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
hiermit wollen wir Ihnen die Möglichkeit bieten, Ihren Patienten einen Termin in unserem
Hause anzubieten. Bitte füllen Sie den folgenden Teil möglichst vollständig aus und faxen
uns das Blatt zu. Zur Terminvereinbarung setzen wir uns direkt mit Ihrem/Ihrer Patient*in in
Verbindung.

- Anmeldung – Notfall / dringender Patient Privatambulanz**
- Anmeldung – Standardtermin Privatambulanz**
- Anmeldung – Notfall / stationäre Behandlung**
- Anmeldung – stationäre Behandlung**

Telefonnummer Patient:

Festnetz: _____ **Mobil:** _____

Klinische Angaben

Verdachtsdiagnose: _____

Ausdehnung

Lokalisation: _____

Weitere Hinweise:

MRSA: Ja / Nein

pflegebedürftig: Ja / Nein

Rollstuhl / Rollator: Ja / Nein

Privatpatient: Ja / Nein

Praxisstempel