



**CHRISTLICHES
KLINIKUM
UNNA**

Klinik für Dermatologie-Phlebologie
Chefärztin Frau Dr. Stefanie Boms
Venerologie, Allergologie,
Lasersprechstunde
Wundsprechstunde

Behandlungsauftrag

Fax-Nr. Ambulanz **0 23 03 / 100 – 2449**

Telefon-Nr. Ambulanz **0 23 03 / 100 – 62430 (nur für Praxen)**

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy Nr.: _____

Krankenkasse: _____

(amb./stat.)

Diagnose (bei Tumoren bitte unbedingt mit Größenangabe und Lokalisation):

Histologisch gesichert ja (Befund bitte beifügen) nein

Wichtige Nebendiagnosen: _____

Antikoagulantien: ja (welche: _____)
(warum: _____) nein

Gewünschte Maßnahmen durch Hautklinik:

Termin wird von der Hautklinik direkt mit dem Pat. vereinbart

Operation (stat./amb. wird durch Hautklinik entschieden)

Stationäre Aufnahme

Ambulante Abklärung

Kommentar: _____

Rückruf Ambulanz erbeten: ja

Stempel Arztpraxis

Hinweis: Anruf beim Patienten / Patientin durch Hautklinik erfolgt zeitnah, d. h. je nach Indikation spätestens in 3 Tagen. Bitte nach Möglichkeit Mobiltelefonnummer angeben.

Für dringende Fälle bitte weiterhin primär anrufen!

Hauptgeschäftsführer:
Christian Larisch
Geschäftsführer
Thorsten Roy
HR-B 3705 Amtsgericht Hamm

Bank für Kirche und Caritas eG Paderborn
IBAN: DE90472603070034530802
BIC: GENODEM1BKC

Sparkasse UnnaKamen
IBAN: DE62 4435 0060 0000 0024 85
BIC: WELADED1UNN