

**Behandlungsauftrag für die Hautklinik Dortmund**

**Kontaktdaten der Ambulanz für gesetzlich versicherte Patienten**  
 Tel: 0231/953-21557  
 Fax: 0231/953-21086  
 E-Mail: haut-ambulanz@klinikumdo.de

**Kontaktdaten für privat versicherte Patienten**  
**Fr. Priv.-Doz. Dr. Susok**  
 Tel: 0231/953-21550  
 Fax: 0231/953-21554  
 E-Mail: hautklinik@klinikumdo.de

**Notfall**       **Eilig**       **Regulär**

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Rufnummer:** \_\_\_\_\_

<b>Ambulant:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/>	<b>privat</b>
<b>Stationär:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/>	<b>privat</b>

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

\_\_\_\_\_

**Probepbiopsie/OP erfolgt?**       ja       nein

**Histologie mitgesendet?**       ja       nein

**Wichtige Nebendiagnosen:**

\_\_\_\_\_

**Antikoagulantien:**       ja Welche: \_\_\_\_\_       nein

**Medikamentenallergien:**       ja Welche: \_\_\_\_\_       nein

**Multiresistente Erreger:**       ja Welche: \_\_\_\_\_       nein

**Medikamentenplan gesendet?**       ja       nein

**Gewünschte Maßnahmen durch die Hautklinik:**

- Operation (ambulant oder stationär wird durch die Hautklinik entschieden)
- Stationäre Aufnahme       Ambulante Abklärung

**Hinweis:**

Die Kontaktaufnahme mit der Patientin/ dem Patienten erfolgt in der Regel innerhalb von 48 Stunden.  
 Notfall/Eilig bitte nur in dringenden Fällen ankreuzen.

Stempel und Unterschrift der Praxis