

Patient

Name, Vorname, Geburtsdatum



**KLINIK FÜR DERMATOLOGIE,  
VENEROLOGIE UND ALLERGOLOGIE**

Klinikdirektor: Prof. Dr. med. K. Ghoreschi

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin



Klinik mit zertifiziertem  
Qualitätsmanagementsystem nach  
DIN EN ISO 9001:2008

**DERMATOLOGISCHE HOCHSCHULAMBULANZ CBF**  
Hindenburgdamm 30 | 12203 Berlin

Leitung: Dr. med. K. Kusch

Tel: +49 30 450 518 397 Terminvergabe

Tel: +49 30 450 518 446 Terminvergabe Privatpatienten

Fax: +49 30 450 518 933

www.derma.charite.de

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

hiermit wollen wir Ihnen die Möglichkeit bieten, Ihren Patienten einen Termin in unserer Hochschulambulanz (HSA) oder eine stationäre Aufnahme am Campus Benjamin Franklin anzubieten. Bitte füllen Sie den folgenden Teil möglichst vollständig aus und faxen uns das Blatt zu. Bitte händigen Sie Ihrem Patienten bereits einen Überweisungsschein aus. Zur Terminvereinbarung setzen wir uns direkt mit Ihrem/Ihrer Patient/in in Verbindung.

**Anmeldung für ambulante Behandlung**

- Dringender Termin erforderlich
- Standardtermin (circa 8 Wochen)

**Anmeldung für stationäre Behandlung**

- Notfallpatient (direkte Vorstellung in der HSA (8:00-16:00 Uhr) oder der Ersten Hilfe (16:00-08:00 Uhr) ohne Termin/jederzeit möglich)
- Elektive stationäre Behandlung (Planung wird mit dem Patienten telefonisch besprochen)

Telefonnummer Patient:

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Klinische Angaben

Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Ausdehnung

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Weitere Hinweise:

MRSA: Ja  / Nein

Pflegebedürftig: Ja  / Nein

Eingeschränkte Mobilität: Ja  / Nein

Praxisstempel

Wir gehen davon aus, dass der Patient der Datenweitergabe zugestimmt hat.