

Patientenaufkleber

ANMELDUNG

FAX: (030) 450-7518 923

HAUTTUMORCENTRUM

Überweisungsgrund:

(V.a.) Diagnosen:

Besondere Dringlichkeit

Bitte um Terminvereinbarung für folgende **Spezialsprechstunden**:

Melanom

Heller Hautkrebs

kutane Lymphome

Telefonnummer/Kontaktmöglichkeiten der Patientin/des Patienten:

Datum:

Unterschrift/Praxisstempel

Vorgesehener Untersuchungstermin am:

Wird durch Hautklinik ausgefüllt

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

für Sie wurde ein ambulanter Termin im **Hauttumorzentrum** der
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie vereinbart.

Bitte melden Sie sich am:

__ . __ . 20__ um __: __ Uhr

Charité Campus Mitte



Edmund-Lesser-Haus,
10117 Berlin

Anmeldung in der Ebene 2

Eingang Luisenstr. 2

Bitte bringen Sie zu der Untersuchung folgende Unterlagen mit:



**aktuelle Vorbefunde (Medikamentenliste, externe
Untersuchungsbefunde wie Histologie, ggfls. Tumormap)**



aktuelles Routinelabor



Krankenkassen-Chipkarte



Überweisung