

**Stempel** überweisender Arzt/Ärztin,  
mit Fax und Telefonnummer

--

**Universitätsklinikum Münster**

**Klinik für Hautkrankheiten  
- Allgemeine Dermatologie und Venerologie -**

**Univ.-Prof. Dr. med. Kerstin Steinbrink**  
*Direktorin*

Von-Esmarch-Str. 58  
48149 Münster

Fax Anmeldeformular für einen operativen Eingriff  
Telefonnummer: 0251/83-58956, Faxnummer: **0251/83-58963**  
Mailadresse: cm-derma-op-planung@ukmuenster.de

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_

Patientenname (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Anschrift	
Mailadresse	
Versicherungsstatus	
Verdachtsdiagnose	<input type="checkbox"/> Patient wurde über die Diagnose/Histologie informiert

Lokalisation/Größe:	
Nebenerkrankungen:	
Histologie:	<input type="checkbox"/> falls vorhanden, bitte mit faxen <input type="checkbox"/> nein

Infektionsstatus	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV	<input type="checkbox"/> Andere:
Allg. Angaben	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Pflegebedürftig/immobil	<input type="checkbox"/> Rollstuhl

**Wir teilen den Patient\*innen telefonisch und postalisch die geplanten Termine mit.**