

CED Sprechstunde

Formular für Zuweiser

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Datum/ Kürzel:

bitte ergänzen Sie die Angaben, sodass wir Ihnen eine schnelle Einschätzung geben und die Vorstellung adäquat planen können.

PatientIn:

Versicherung: ☐ privat ☐ nur stationär privat ☐ gesetzlich

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Spricht der Patient deutsch?

**Falls nicht, bitte einen Dolmetscher
zum Termin mitbringen!!!!**

Zuweiser:

Name:

Telefonnummer:

Faxnummer:

**Bitte Formular ausgefüllt und mit Vorbefunden an uns zurückfaxen unter 0941/944-7073 oder per
KIM inneremed1@ukr.kim.telematik.de . Vielen Dank.**

Zuweisungsgrund (bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen):

- ☐ Morbus Crohn seit _____
- ☐ Colitis Ulcerosa seit _____
- ☐ andere chron. Entz. Darmerkrankung (welche?) seit _____

Grund für universitäre Behandlung:
