UNIKLINIK
KÖLN

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Patienten–Anmeldeformular
Genodermatosen Sprechstunde/Kindersprechstunde (zutreffendes unterstreichen)

Telefax: 0221-478 98334

Patientin/Patient	**Telefonnummer Praxis und Stempel**
_____ Name, Vorname _____ Straße Hausnummer _____ PLZ, Ort Geb. Datum: Telefonnummer: E-Mail-Adresse:	

Diagnose/ Verdachtsdiagnose: _____

_____

Sollte eine Vorstellung innerhalb von drei Monaten stattfinden, bitte kurze Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____

Bitte alle vorliegenden Befunde und ggfs. Verlaufsfotos mitbringen!

P21I0173, Stand: 01/2021