Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Universitätsklinikum Tübingen
Universitäts-Hautklinik
Allergologie
Dr. med. J. Fischer
Tel.: 07071 29-83471
Fax: 07071 29-25123

Anmeldung

Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

Bitte ausfüllen und an Fax 07071 29-25123 senden

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Hinweise

- Bitte Überweisungsschein mitgeben.
- Bitte Medikamentenplan, **verdächtige Medikamente** (einzelne Wirkstoffe angeben), Notarzt-, Narkose-protokoll, Arztbriefe, Vorbefunde, Allergiepass und Ähnliches **mitbringen**.
- Bitte Testfähigkeit sicherstellen (Immunsuppressiva, Glukokortikosteroide, Antihistaminika, ACE-Hemmer, β-Blocker?).
- Termine für stationäre Expositionstestungen, Therapien oder zelluläre Labordiagnostik werden nach einer ambulanten Erstvorstellung vereinbart.

☐ Bitte Termin direkt mit Pat. vereinbaren

Tel. Pat. _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _

☐ Bitte Termin über die anfordernde Praxis koordinieren (Tel. / Fax siehe Vertragsarztstempel)

Rückmeldung

Ihr Pat. hat am **_ _ / _ _ / _ _ _ _** um **_ _ : _ _ Uhr** einen ambulanten Vorstellungstermin in der

Allergologie / Sockelgeschoss / Raum 1.104

Diagnostik

Anaphylaxie

☐ Abklärung *

Kontaktallergie

☐ Epikutantestung *

Medikamentenallergie

☐ β-Laktamantibiotika
☐ Analgetika
☐ Narkotika
☐ Heparine
☐ Lokalanästhetika
☐ Andere *

Nahrungsmittelallergie

☐ Abklärung *
☐ α-GAL-Syndrom

Spezialsprechstunden

☐ Mastozytose

Rhinokonjunktivitis

☐ Abklärung und Hyposensibilisierung
☐ Optimierte sympto-matische Therapie

Insektengiftallergie

☐ Abklärung
☐ Stichexposition
☐ Abschluss Hyposensibilisierung

Zweitmeinung

☐ Chronische Urtikaria
☐ Atopisches Ekzem
☐ Prurigo nodularis

*** Listung vermeintlicher Allergene**

.....

.....

.....

.....