

### Terminvereinbarung Ambulanz

Bitte nachfolgende Patienten-Angaben komplett ausfüllen, damit eine schnelle Bearbeitung und Einbestellung Ihres Patienten erfolgen kann.

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**E-Mail Adresse:**

**Tel.-Nr.:**

**Überweisender Arzt:**

(HNO-Facharzt-Überweisung notwendig)

**Krankenversicherung:**  gesetzlich  privat

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Poliklinik   | <input type="checkbox"/> Allergiesprechstunde                 |
| <input type="checkbox"/> Ohrsprechstunde         | <input type="checkbox"/> Tumorsprechstunde                    |
| <input type="checkbox"/> Phoniatrie              | <input type="checkbox"/> Schwindelsprechstunde                |
| <input type="checkbox"/> Schlaflaborsprechstunde | <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde Professorin Busch |

Weitergehende Informationen:

Ich bin schon einmal in der Greifswalder HNO-Klinik behandelt worden.

Datenschutz/Datenverarbeitung:

Die Hinweise zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden.

Erstvorstellung  Wiedervorstellung/Kontrolle

**Aktuelle Diagnose:**

**Aktuelle Beschwerden:**

**Sonstige Bemerkungen:**

Bereits erfolgte Bildgebung (CT, MRT)  ja  nein

Betreut  pflegebedürftig  Rollstuhl

Blutverdünner  Diabetes  Dialyse  MRSA/ESBL/VRE-Verdacht

Bitte aktuellen Medikamentenplan und Befunde CD bei stattgehabter Bildgebung mitbringt.

**Bitte das ausgefüllte Formular an 03834 - 86 6201 faxen  
oder an [hno-termin@med.uni-greifswald.de](mailto:hno-termin@med.uni-greifswald.de) schicken.**