



**Techniker Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.

## Anlage 6

An das Universitätsklinikum

Feischmannstraße 8

17489 Greifswald

Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Fax:** 03834/866740

## Befundbogen

(diese Seite bitte dem Patienten mitgeben oder per Fax an das Universitätsklinikum)

Für unten genannten Versicherten planen wir die Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung Hauterkrankungen:

Symptom: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen \_\_\_\_\_

Behandlung seit \_\_\_\_\_ in der Praxis

Alle relevanten Vorbefunde liegen bei.

Beiliegende Unterlagen: Laborwerte EKG Röntgen

\_\_\_\_\_ Arztbriefe

Sonstige \_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung angezeigt: Ja Nein

Datum, Unterschrift, Stempel