



Anmeldebogen

Zur Untersuchung in der Berufsdermatologischen Ambulanz der Hautklinik Mainz

Bitte faxen: **06131-174379**

Patientendaten

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

aktuell ausgeübter Beruf:

aktueller Arbeitgeber:

kurze Beschreibung der Hauterkrankung:

.....

.....

kommt eine Kontaktallergie als Ursache in Betracht? ja nein

wurden bereits Allergietestungen durchgeführt ja nein

ist eine BG/Unfallversicherung bereits eingeschaltet worden? Ja , folgende: nein

aktuell arbeitsunfähig? ja nein

ist das Arbeitsverhältnis aktuell bedroht? ja nein

Bemerkungen:

.....

.....

Datum:

Stempel: