

DERMIS

Zürich Seefeld

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: dermisseefeld@hin.ch oder
per Fax an: 044 872 80 01

Patient/in:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Telefonnummern:

Hausarztmodell: ja nein

Patient bitte aufbieten

Patient hat bereits einen Termin am um Uhr

Zuweisung an:

- Dr. med. Sabine Bruckert
- Dr. med. Milica Milovanovic
- Dr. Cristos Ceresa
- Dr. Ass. Lara Grossman
- Dr. Ass. Marie Merdaust

Fragestellung:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Allgemeine dermatologische Erkrankung | Allergieabklärung |
| Akne | ästhetische Medizin |
| Hautkrebsvorsorge | Verlaufskontrolle |
| Therapie von Hauttumoren | anderes |

Diagnose:

Anamnese:

Medikamente:

Allergien:

Dringlichkeit

- Notfall innert 2 Wochen innert 6 Wochen innert 3 Monaten

Zuweisender Arzt/Stempel:

Datum: