

# DERMIS

Zürich Seefeld

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: [dermisseefeld@hin.ch](mailto: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:** .....