

DERMIS

Bad Ragaz

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: badragaz@dermis-hautklinik.ch

PATIENT/IN:

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: Strasse, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefonnummern: _____
E-Mail: _____

HAUSARZTMODELL

ja nein

- Patient bitte aufbieten
 Patient hat bereits einen Termin am _____

ZUWEISUNG AN

- Dr. med. Brigitte Bollinger
 Dr. med. Edith Rehli-Wolfinger
 Dr. med. Brigitta Gergely

FRAGESTELLUNG

- Allgemeine dermatologische Erkrankung
 Allergieabklärung
 Akne
 Aesthetische 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: _____

