

DERMIS

Zürich Bülach

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: **dermis@hin.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

<input type="checkbox"/> Dr. med. Sabine Bruckert	<input type="checkbox"/> Dr. med. Simona Steinmann
<input type="checkbox"/> Dr. med. Karin Kaufmann-Schad	<input type="checkbox"/> Dr. med. Marline Gebert
<input type="checkbox"/> Pract. med. Birgit Blöcker	<input type="checkbox"/> Dr. med. Dario Simic
<input type="checkbox"/> Dr. med. Tobias Berger	<input type="checkbox"/> Dr. med. Krenar Veselaj
<input type="checkbox"/> Dr. med. Nina Rosset	<input type="checkbox"/> Dr. med. Ephsona Shencoru

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:** _____

