

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

☐ Dr. med. Sabine Bruckert	☐ Dr. med. Simona Steinmann
☐ Dr. med. Karin Kaufmann-Schad	☐ Dr. med. Marline Gebert
☐ Pract. med. Birgit Blöcker	☐ Pract. med. Julia Zinsli
☐ Dr. med. Tobias Berger	☐ Dr. med. Krenar Veselaj
☐ Dr. med. Nina Rosset	☐ Dr. med. Ephsona Shencoru

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: _____

