

# DERMIS

Davos

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: [davos@dermis-hautklinik.ch](mailto:davos@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. Christos Ceresa

## 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: \_\_\_\_\_

