

DERMIS

Davos

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: **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:** _____

