

DERMIS

Zürich Bülach

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

PATIENT/IN:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefonnummern:

HAUSARZTMODELL

☐ ja ☐ nein

☐ Patient bitte aufbieten

☐ Patient hat bereits einen Termin am

ZUWEISUNG AN

☐ Dr. med. Sabine Bruckert

☐ Dr. med. Karin Kaufmann-Schad

☐ Pract. med. Birgit Blöcker

☐ Dr. med. Tobias Berger

☐ Dr. med. (SK) Karl Ueberhorst

Dr. med. Ephsona Shencoru

☐ Dr. med. Nina Rosset

☐ Dr. med. Marline Gebert

☐ Dr. med. Dario Simic

☐ Dr. med. Simona Steinmann

Dr. med. Caroline Staub-Buset

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:

