

DERMIS

Davos

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: **davos@dermis-hautklinik.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. 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:

