

DERMIS

Zürich Bülach

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

PATIENT/IN:

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geb.-Datum: Strasse, Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Telefonnummern: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

HAUSARZTMODELL

☐ ja ☐ nein

- ☐ Patient bitte aufbieten
☐ Patient hat bereits einen Termin am Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

ZUWEISUNG AN

- | | |
|--|--|
| ☐ Dr. med. Sabine Bruckert | ☐ Dr. med. Nina Rosset |
| ☐ Dr. med. Karin Kaufmann-Schad | ☐ Dr. med. Marline Gebert |
| ☐ Pract. med. Birgit Blöcker | ☐ Dr. med. Dario Simic |
| ☐ Dr. med. Tobias Berger | ☐ Dr. med. Simona Steinmann |
| ☐ Dr. med. (SK) Karl Ueberhorst | |

FRAGESTELLUNG

- ☐ Allgemeine dermatologische Erkrankung
☐ Allergieabklärung
☐ Akne
☐ Ästhetische Medizin
☐ Hautkrebsvorsorge
☐ Verlaufskontrolle
☐ Therapie von Hauttumoren
☐ anderes

Diagnose Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Anamnese Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Medikamente Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Allergien Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

DRINGLICHKEIT

- ☐ Notfall ☐ innert 2 Wochen ☐ innert 6 Wochen ☐ innert 3 Monaten

Zuweisender Arzt/Stempel

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

