

# DERMIS

Davos

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

## FRAGESTELLUNG

- ☐ Allgemeine dermatologische Erkrankung  
☐ Allergieabklärung  
☐ Akne  
☐ Aesthetische 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.

