

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. Nina Rosset

Dr. med. Marline Gebert

Dr. med. Livia Kolb

Dr. med. Krenar Veselaj

FRAGESTELLUNG

Allgemeine dermatologische Erkrankung

Allergieabklärung

Akne

Aesthetische 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:

