

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:

