

# DERMIS

Zürich Seefeld

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: [dermisseefeld@hin.ch](mailto:dermisseefeld@hin.ch)

## PATIENT/IN:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummern: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## HAUSARZTMODELL

ja  nein

- Patient bitte aufbieten  
 Patient hat bereits einen Termin am \_\_\_\_\_

## ZUWEISUNG AN

- Dr. med. Sabine Bruckert  Pract. med. Laura Lieger  
 Dr. med. Milica Milovanovic  Dr. med. Lukas Krähenbühl

## 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: \_\_\_\_\_

