

# DERMIS

Davos

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: [dermisdavos@hin.ch](mailto:dermisdavos@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  um  Uhr

## Zuweisung an:

Dr. med. Thomas Hebel

Dr. med. Christos Ceresa

## 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:**