

Anmeldung an Dermacenter Küssnacht

Bitte Patient aufbieten

- Notfallmässig
- Innerhalb von 2 Wochen
- Innerhalb von 2 Monaten
- nicht dringend

Termin bereits vereinbart: _____

Patient war bereits im Dermacenter

- Ja
- Nein

Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Tel. Privat _____ Mobile _____

Tel. Geschäft _____

Krankenversicherung _____ Mitgliedernummer _____

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pigmentnävi – Check | <input type="checkbox"/> Lichtbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Ekzem / Psoriasis | <input type="checkbox"/> Kosmetische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Allergieabklärung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Verdachtsdiagnose

Klinische Informationen

Medikamente

Voruntersuchungen in der Beilage

- Blutanalysen
- Histologien
- Andere Befunde

Weitere Betreuung / Behandlung

- Durch den Zuweiser
- Durch Dermacenter Küssnacht
- In Abhängigkeit vom Untersuchungsergebnis

Datum / Stempel / Unterschrift

(Dieses Überweisungsschreiben kann auf unserer Homepage unter dermacenter.ch ausgedruckt werden.)