



KÜSSNACHT

BRUNNEN

Zuweisung an DERMACENTER

Bitte Patient/in aufbieten

- Notfallmässig
 Innerhalb von 2 Wochen
 Innerhalb von 2 Monaten
 Nicht dringend
 Termin bereits vereinbart _____

Patient/in war bereits im Dermacenter

- Ja Nein

Patientendaten

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ/ Ort _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht _____
 Tel. Privat _____ Mobile _____
 Tel. Geschäft _____ E-Mail _____
 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 zuweisende/n Arzt/Ärztin
 durch Dermacenter
 in Abhängigkeit vom Untersuchungsergebnis

Datum / Stempel / Unterschrift

Formular bitte für **Küssnacht** per Email an dermacenter.kuessnacht@hin.ch
Brunnen per Email an dermacenter.brunnen@hin.ch
 oder per **Fax an 041 850 87 86**