

PATIENT/IN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Hausarztmodell Ja Nein

Patientin bitte aufbieten
 Patientin hat bereits einen Termin
Datum und Uhrzeit:

ZUWEISUNG AN

- Dr. Valentina Bänninger / leitende Ärztin
- Dr. Sabrina Werth / Dermatologin
- Dr. Nina Omid / Dermatologin (Asst.)
- Vanessa Habibian / Holistic Skin Therapy

FRAGESTELLUNG

- Allgemeine dermatologische Erkrankung
- Akne
- Hautkrebsvorsorge
- Therapie von Hauttumoren
- Allergieabklärung
- Ästhetische Medizin
- Verlaufskontrolle
- anderes

Diagnose

Anamnese

Medikamente und Allergien

DRINGLICHKEIT

- Notfall Innert zwei Wochen innert sechs Wochen innert drei Monaten

ZUWEISENDE ÄRZTIN

DATUM

ÄRZTLICHE ZUWEISUNG BITTE PER MAIL
AN HAUTZENTRUMBAAR@HIN.CH