

## Ärztliche Zuweisung bitte faxen an: 041 711 20 34

**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:**

spielt keine Rolle

Dr. med. Annette Asche-Fisch

Dr. med. Bettina Töndury-Wirz

Dr. med. Anne Amherd-Hoekstra

Pract. med. Larissa Meier

**Fragestellung:**

Allgemeine dermatologische Erkrankung

Allergieabklärung

Akne

ästhetische 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:**