

Ärztliche Zuweisung bitte mailen an: hautzentrumzug@hin.ch

Patient/in:

Name Vorname.....Geb.-Datum:.....

Strasse, Nr: PLZ, Ort:.....

Telefonnummern:.....

Hausarztmodell: ja nein

Patient bitte aufbieten

Patient hat bereits einen Termin amumUhr

Zuweisung an:

spielt keine Rolle

Dr. med. Annette Asche-Fisch

Dr. med. Bettina Töndury-Wirz

Dr. med. Anne Amherd-Hoekstra

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: