



ÄRZTLICHE ZUWEISUNG BITTE MAILEN AN: DOCEICHNER@HIN.CH

PATIENTIN / PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Krankenkasse

HAUSARZTMODELL

☐ Ja

☐ Nein

☐ Patient bitte aufbieten

☐ Patient hat bereits einen Termin am

FRAGESTELLUNG

☐ Allgemeine dermatologische Erkrankung

☐ Verlaufskontrolle

☐ Allergieabklärung

☐ Therapie von Hauttumoren

☐ Akne

☐ Lasertherapie

☐ Ästhetische Medizin

☐ Wundbehandlung

☐ Hautkrebsvorsorge

☐ Sonstiges

DIAGNOSE / ANAMNESE

MEDIKAMENTE / ALLERGIEN

WEITERE ANGABEN

DRINGLICHKEIT



Notfall



innerhalb 2 Wochen



innerhalb 6 Wochen



innerhalb 3 Monaten

ZUWEISENDER ARZT / STEMPEL

DATUM