

**Bitte Patient aufbieten**

- Notfallmässig
- Innerhalb von 2 Wochen
- Nicht dringend
- Termin bereits vereinbart .....

**Patientendaten**

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Geschlecht  weiblich  männlich
- Adresse
- PLZ / Ort
- Mobile
- Telefon P
- Telefon G
- E-Mail

**Grundversicherung**

- Name PLZ / Ort
- Mitgliedernummer
- Kartennummer 807 \_\_\_\_\_

**Gewünschte  
Untersuchung**

- Pigmentnävi - Check
- Akne
- Ekzem / Psoriasis
- Allergieabklärung
- Sonstiges .....

**Verdachtsdiagnose(n)**

**Anamnese / Klinische  
Informationen**

**Medikamente**

**Beigelegte  
Voruntersuchung**

- Blutanalyse
- Histologien
- Andere Befunde

**Weitere  
Behandlung**

- durch Zuweiser
- durch Dermamedica
- In Abhängigkeit vom Untersuchungsbericht

**Ort / Datum**

**Unterschrift / Stempel**