

---

**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**