

Patient:in

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geb.datum

Geschlecht

AHV-Nr.

Telefon

Mail

Empfänger

GLN

ZSR

Mail

Kostenträger

Adresse

GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund

Gesetz

Vers.-Nr.

Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin

☐ dringend

☐ Patient:in meldet sich

☐ Termin vereinbaren ab

☐ Termin vereinbart am

Gewünschte Untersuchung

☐ Dermatologisches Consilium

☐ Allergieabklärung

☐ Akne

☐ Aesthetische Medizin

☐ Beurteilung Hautveränderung

☐ Therapie von Hauttumoren

☐ Anderes (bitte angeben):

Indikation / Fragestellung / Medikamente

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in

☐ Zuweiser:in = Hausarzt:in

Mail

GLN

Tel.

ZSR

Hausarzt:in

☐ Bitte Befundkopie an Hausarzt:in

Mail

GLN

Tel.

ZSR

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen