

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 ZSR
Tel.

Hausarzt:in

Bitte Befundkopie an Hausarzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen

Empty text area for notes.