



**DERMATOLOGIE**  
AM KUNSTMUSEUM

**Anmeldung zum Konsilium**

Fax-Nummer: 061 205 81 80

E-Mail: dermatologie-am-kunstmuseum@hin.ch

**Patientendaten**

Geschlecht:  Frau  Mann

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

**Dringlichkeit**

innert 3 Monate  innert 6 Wochen  innert 2 Wochen  Notfall

**Diagnose(n), klinischer Befund, Fragestellung**

**Aktuelle Medikation**

**Gewünschte Untersuchung**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne                | <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge        |
| <input type="checkbox"/> Allergieabklärung   | <input type="checkbox"/> Psoriasis                |
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Medizin | <input type="checkbox"/> Therapie von Hauttumoren |
| <input type="checkbox"/> Ekzem               | <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle        |
| <input type="checkbox"/> Anderes             |   |

**Datum**

**Unterschrift, Stempel**

Bitte legen Sie alle relevanten Vorbefunde der Anmeldung bei. Dies ermöglicht eine bessere Untersuchung und lässt allfällige Doppeluntersuchungen vermeiden. Besten Dank!