

Überweisung an das derma competence center:

Dr. med H. Schnitzler/ Dr. med R. v. Thiessen-Wenger

Faxnummer: 044 242 43 64

Mail: info@dermacompetencecenter.com

Patientenetikette

Name / Adresse / Telefon

Sehr geehrte Frau Kollegin / Sehr geehrter Herr Kollege

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Untersuchung / Behandlung an:

- Dermatoskopische Ganzkörperuntersuchung / digitale Dermatoskopie / Muttermalkontrolle
- V. a. weisser Hautkrebs / bzw. Vorstufen
- Akne
- Ekzeme / Ausschlag / Allergien
- Pilzdiagnostik / Nagelpilz
- Exzision / Nachexzision
- Lasertherapie / Ästhetische Dermatologie
- Sonstiges: _____
- Bemerkungen:



Datum / Unterschrift: Stempel bzw. Praxis und Adresse

