

Anmeldung Dermatologie-/Allergologie-Sprechstunde

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Postleitzahl/Ort: _____ Telefon privat: _____
Krankenkasse: _____ Telefon Gesch.: _____

Gewünschte Untersuchung

Dermatologie

Konsilium Facharzt

bitte direkt aufbieten

Allergologie

Allergologische Abklärung

Allergie-Pricktest

gewünschter Zeitpunkt

Diagnose / Fragestellung

Nebendiagnosen

Medikamentenliste

Bekannte Allergien / Allergiepass

Datum:

Arzt (Unterschrift und Stempel):