

# Ärztliche Zuweisung

## Zuweisung an

Dr. med. David Muggli

## Termin

Patient bitte aufbieten

Patient hat bereits einen Termin:

um

Uhr

## Dringlichkeit

Notfall

innert 2 Wochen

innert 6 Wochen

innert 3 Monaten

---

## Patient/in

Frau

Herr

Divers

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

## Zuweisungsgrund

Allgemeine dermatologische Erkrankung

Akne

Hautkrebsvorsorge

Hautkrebstherapie und -chirurgie

Allergieabklärung

Ästhetische Medizin

Verlaufskontrolle

## Beschwerden / Befunde / Therapie

Patientenetikette

---

**Zuweiser/in** (Name/Stempel)

---

**Datum**

Zuweisung per Mail an [derma-stettbach@hin.ch](mailto:derma-stettbach@hin.ch).  
Besten Dank.