INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

Universitätsklinik für Dermatologie
Direktor und Chefarzt:
Prof. Dr. med. Luca Borradori

Zuweisung an die Dermatologische Poliklinik

Fax an: 031 632 22 33

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:
(Name, Vorname, Adresse)

.....

....
Datum Tel. Nr. Arzt Stempel/Unterschrift:

Patient/in: Vorname, Name .....

Geb. Dat. ..... ☐ m ☐ w Tel.P. ..... Tel.G. .....

Strasse .....PLZ, Ort .....

Krankenversicherung: ☐ 1. Kl. ☐ 2. Kl. ☐ 3. Kl. Vers. Nr: .....

.....

Hausarzt: (Adresse und TelefonNr.): .....

.....

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Ich überweise Ihnen oben genannte(n) Patientin(en) zur

☐ amb. Untersuchung ☐ Übernahme der Behandlung ☐ stat. Behandlung ☐ notfallmässig ☐ bitte aufbieten

Fragestellung

.....

Beilagen:

☐ Berichte ☐ Laborresultate ☐ Anderes .....

Mit freundlichen Grüssen und bestem Dank