

Dermatologisches Konsilium

Zuweiser/Praxisname

HIN-Mail Praxis

Persönliche Daten des Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mail Patient

Zuweisungsgrund/Diagnose(n)

aktueller Befund, bestehend seit / Verlauf

bisherige Therapie

geplante Therapie bis zum Termin (falls abweichend)

Persönliche und relevante Familienanamnese (Diagnosen)