**Medizinische Klinik**

**Kantonsspital Frauenfeld**
Postfach
CH-8501 Frauenfeld

**Chefärzte**
Prof. Dr. med. Andreas Kistler
Prof. Dr. med. Peter Wiesli

**Dermatologie**

**Leitender Arzt**Dr. med. Stephan Nobbe

**Oberärzte/-innen**

Dr. med. univ. Astrid Cicha

Dr. med. Valerio Del Prete (mbF)

Dr. med. Larissa Meier

Dr. med. Anna Vonrüti (mbF)

Sekretariat +41 (0) 58 144 70 30
teledermatologie@stgag.ch

### Anmeldung zur Teledermatologie

|  |  |
| --- | --- |
| Name:       | Vorname:       |
| Geburtsdatum:       |
| E-Mail-Adresse:       |
| Strasse:       | PLZ/Ort:       |
| Telefon:       |
| Krankenkasse:       |
| Versicherungsnummer:       |

Bitte senden Sie uns von allen betroffenen Körperregionen Fotos (mehrere Übersichtsaufnahmen und zumindest 2 Bilder mit Nahaufnahmen).

Beschreiben Sie bitte die Hautbefunde im Detail.

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Seit wann bestehen die Hautprobleme? [ ]  Einige Tage[ ]  Einige Wochen[ ]  Einige Monate[ ]  Länger als 1Jahr | Bestehen begleitende Symptome?[ ]  Juckreiz[ ]  Schmerzhaftigkeit der Haut[ ]  Überwärmung der Haut[ ]  Fieber |

Gab es bereits in der Vergangenheit eine Behandlung?

[ ]  Nein

[ ]  Wenn ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bestanden bereits in der Vergangenheit Hauterkrankungen?

[ ]  Nein

[ ]  Wenn ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Tägliche Einnahme von Medikamenten?

[ ]  Nein

[ ]  Wenn ja, bitte Beilage einer aktuellen Medikamentenliste

Sind Allergien bekannt?

[ ]  Nein

[ ]  Wenn ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ergänzende relevante Angaben: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum Unterschrift/Arztstempel