**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](mailto: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