

## Anmeldung Spezialambulanz Tropen- und Reisemedizin

**Kontakt:**

Tel.: +43 316/5466-6023

Fax: +43 316/5466-6024

Patient*innendaten	Zuweiser*innendaten Ärzt*innenstempel/Abteilungsstempel
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
SV-Nr./Geb.Datum:	Faxnummer:
Verdachtsdiagnose:	

Vorbefunde (Serologie/[Blut-]Kultur/ Stuhluntersuchungen etc...):

Fragestellung:

Anamnese inkl. Impfstatus und Auslandsaufenthalte:

Eingelangt am:	Bearbeitet von:
----------------	-----------------

Empfehlung/Prozedere:

Termin Spezialambulanz:  nein  ja, am \_\_\_\_\_