

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 _____