

Anmeldung Spezialambulanz Tropen- und Reisemedizin

Patient:innendaten:	Zuweiser:innendaten: Ärzt:innenstempel/Abteilungsstempel
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
SV-Nr./Geb.Datum:	DaMe/E-Mail:
Verdachtsdiagnose:	

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

Fragestellung:

Anamnese inkl. Impfstatus und Auslandsaufenthalte:

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

Empfehlung/Prozedere:

Termin Spezialambulanz: ☐ nein ☐ ja, am _____