

## Formular für Spitäler und niedergelassene Ärzte: Anfragen zu Differentialdiagnose, Diagnostik und Therapie von tropenmedizinischen und parasitären Erkrankungen

|  |   |
|--|---|
| VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN   | <b>BEHANDELNDER ARZT / ÄRZTIN (Stempel):</b> Datum ___ / ___ / ___<br><br><input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Praxis   |
|  | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">         Name<br/>Anschrift       </div>   |
|  | <b>Tel-Nr. für Rückfragen:</b> _____  |
|  | Der Patient ist darüber informiert und damit einverstanden, dass seine Daten an das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut geschickt werden.<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
|  | _____<br><b>Unterschrift behandelnde(r) Arzt/Ärztin</b>   |
|  | <b>PATIENT:</b> <input type="checkbox"/> hospitalisiert <input type="checkbox"/> ambulant<br><br>Name/Vorname: _____ / _____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F<br><br>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ___ / ___ / _____<br><br>Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja ⇨ Herkunftsland: _____<br><br>Postanschrift: Strasse: _____ Haus-Nr.: _____<br><br>PLZ: _____ Wohnort: _____ |
| <b>Vorerkrankungen:</b><br><br>_____<br><br><b>Reiseanamnese / Auslandsaufenthalte (chronologisch, letzter zuoberst):</b><br>Land: _____ (von ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___)<br>Land: _____ (von ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___)<br>Land: _____ (von ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___)<br>Land: _____ (von ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___)<br>Land: _____ (von ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___) |   |
| <b>Aktuelle Beschwerden/Symptome:</b> Beginn ___ / ___ / ___<br><br>_____<br><br>_____   |   |



VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN

Laborresultate ( Kopie der Resultate beigelegt):

Bildgebungsbefunde, Histologiebefunde etc. ( Befundkopie beigelegt):

Verdachtsdiagnose / Diagnose / bisherige/derzeitige Therapie / Anfrage(n):



**Ausgefülltes Formular (± Untersuchungsergebnisse) bitte via Fax (061-284-8183) oder via Email (tropmed@swisstph.ch) zusenden. Inkomplett ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden!**

VOM TROPENINSTITUT AUSZUFÜLLEN

Verdachtsdiagnose / Differentialdiagnose:

Empfohlene Diagnostik:

Empfohlene Therapie:

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tel-Nr. für Rückfragen:

SwissTPH-intern: TARMED 00.2110 Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch Facharzt je 5 Min.

