

Interne Eingangsnummer:
 _____ / 20____ / _____


Formular für MEDIKAMENTENANFORDERUNG

VOM ANFORDERENDEN ARZT / ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN	BEHANDELNDER ARZT / ÄRZTIN (Stempel): _____ / ____ / _____ Name: _____ Anschrift: _____ GLN Nr.: _____ Tel.-Nr. für Rückfragen: _____ Unterschrift	
	Anmerkung: der Versand und die Verrechnung von in der Schweiz nicht registrierten Medikamenten erfolgt <u>NICHT</u> an den Patient, sondern <u>IMMER</u> an die bestellende Institution (Spital) oder den bestellenden Arzt (Praxis).	
	LIEFERADRESSE: _____ _____ _____	RECHNUNGSADRESSE (falls abweichend von Lieferadresse): _____ _____ _____ Bei einer notwendigen Rechnungskorrektur werden die Mehrkosten mit einer Pauschale in Rechnung gestellt.
	PATIENT: Name/Vorname: _____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja ⇒ Herkunftsland: _____ Geburtsdatum (DD/MM/JJJJ): ____ / ____ / _____ Körpergewicht: _____ kg	
	INDIKATION / DIAGNOSE: _____ INFEKTION (VERMUTLICH) ERWORBEN IN: _____	
	ANGEFORDERTES MEDIKAMENT: _____ _____	

Hinweis bei der Anforderung von Praziquantel: Bei Patienten mit Migrationshintergrund aus potentiellen Risikogebieten empfehlen wir, vor Praziquantel-Gabe ein serologisches Screening auf das eventuelle Vorhandensein einer Neurozystizerkose durchzuführen (-> Risiko durch Praziquantel-Gabe eine asymptomatische Infektion zu demaskieren = Auslösung eines zerebralen Krampfanfalls) -> Untersuchungsanforderung: "T. solium (Zystizerkose)" -> "AK" via

<https://www.swisstph.ch/en/activities/diagnostic-centre/diagnostic-orders/>

Hinweis bei der Anforderung von Primaquin: Primaquineinnahme kann bei G6PD-defizienten Patienten eine hämolytische Krise auslösen! -> Bestimmung des G6PD-Status vor Gabe obligat (Untersuchung wird nicht vom Swiss TPH angeboten).

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

VOM TROPENMEDIZINISCHEN DIENSTARZT AUSZUFÜLLEN	EMPFOHLENE DOSIERUNG / EINNAHME: _____ / ____ / _____
	_____ Unterschrift

