UniversitätsKlinikum Heidelberg

Universitätsklinikum Heidelberg
Sektion Klinische Tropenmedizin
„Konsildienst“
Im Neuenheimer Feld 324

69120 Heidelberg

Einsender/ Befundempfänger
(Etikett oder Stempel)

Ansprechpartner:

_____

_____
Telefon

Patienteninformation

Name, Vorname (m / w) (Etikett)
Adresse:
Krankenkasse:
Geburtsdatum:
Telefon:
Handy:
Versichertennummer:

☐ Ambulante Behandlung
☐ Stationäre Behandlung

Fragestellung: ☐ Echinokokkose
☐ andere infektiol./ parasitol. Erkrankung:

In Deutschland geboren und aufgewachsen? ☐ Ja
☐ Nein, ursprünglich aus _____

Auslandsaufenthalte > 3 Monate?
wann/ wo?

Urlaubsaufenthalte < 3 Monate?
wann/ wo?

Handelt es sich um einen ☐ Zufallsbefund ☐ symptomatischen Patienten / kurze Beschreibung des Beschwerdebildes:

Aktuelle Therapie:

Wir benötigen: → → → → → → → → →

→ relevante Dokumente (Arztbriefe, OP-Bericht etc.)
→ CDs der Bildgebung:
- Sonographie
- CT
- MRT

→ Serum (2 ml)
[bei V.a. Echinokokkose, andere parasitäre Erkrankungen]
→ Überweisungsschein (bei ambulanten Patienten)

Bevor Sie die Unterlagen einsenden, bitten wir (falls noch nicht erfolgt) um telefonische Rücksprache mit dem Dienstarzt, Tel: 06221-56 34904.