



UniversitätsKlinikum Heidelberg

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

69120 Heidelberg

Einsender (Arzt/Ärztin)

Name

Telefon

Stempel Praxis/Krankenhaus

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

### Patienteninformation

Fragestellung:

Echinokokkose

andere infektiol./ parasitol. Erkrankung: \_\_\_\_\_

Name:

Geburtsdatum \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

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?

Aktuelle Therapie:

Bitte senden Sie uns:

- relevante Dokumente (Arztbriefe, OP-Bericht etc.)
- CDs der Bildgebung:
  - Sonographie
  - CT
  - MRT
- Serum (2 ml) [bei V.a. Echinokokkose, andere parasitäre Erkrankungen]
- Überweisungsschein