

____ / 20 ____ / ____

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

VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN	BEHANDELNDER ARZT / ÄRZTIN (Stempel): Datum ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Praxis
	<div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;"> Name Anschrift </div>
	Tel-Nr. für Rückfragen: _____
	Der Patient ist darüber informiert und damit einverstanden, dass seine Daten an das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut geschickt werden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	_____ Unterschrift behandelnde(r) Arzt/Ärztin
	PATIENT: <input type="checkbox"/> hospitalisiert <input type="checkbox"/> ambulant Name/Vorname: _____ / _____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ____ / ____ / ____ Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja ⇨ Herkunftsland: _____ Postanschrift: Strasse: _____ Haus-Nr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Vorerkrankungen: _____ _____	
Reiseanamnese / Auslandsaufenthalte (chronologisch, letzter zuoberst): Land: _____ (von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____) Land: _____ (von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____) Land: _____ (von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____) Land: _____ (von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____) Land: _____ (von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____)	
Aktuelle Beschwerden/Symptome: Beginn ____ / ____ / ____ _____ _____	

VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN	
	Laborresultate (<input type="checkbox"/> Kopie der Resultate beigelegt):
	Bildgebungsbefunde, Histologiebefunde etc. (<input type="checkbox"/> 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.	