


Interne Eingangsnummer:  
 \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Formular: Bitte um Aufgebot zur Evaluierung und Komplettierung des Impfstatus (± zum tropenmedizinischem Screening) vor langfristiger Immunsuppression

VOM ANFORDERNDEN ARZT / ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN	BEHANDELNDER ARZT / ÄRZTIN (Stempel): Name: Praxis / Spital: Tel.-Nr. für Rückfragen:  _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>Datum</span> <span>Unterschrift</span> </div>
	Gewünschtes Aufgebot: <input type="checkbox"/> Evaluierung und Komplettierung des Impfstatus vor langfristiger Immunsuppression <input type="checkbox"/> Tropenmedizin. Screening auf latente parasitäre Infektionen vor Immunsuppression
	PATIENT / PATIENTIN:  Name/Vorname: _____ <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F  Geburtsdatum (DD/MM/JJJJ): ___ / ___ / _____  Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, Herkunftsland: _____  St. n. prolongiertem Auslandsaufenthalt: <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja: _____  _____  Die geplante Immunsuppression erfolgt aufgrund der Diagnose:  _____  mit dem Medikament: _____  und ist geplant für den/ab dem (DD/MM/JJJJ): ___ / ___ / _____  KONTAKTDATEN DES PATIENTEN ZUM AUFBIETEN:  Tel.-Nummer(n): _____  Postanschrift: _____

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

VOM ZTRM DIENSTARZT AUSZUFÜLLEN	Einzuplanende Konsultationszeit:  _____ Minuten  Aufgebot im Zeitfenster:  ___ / ___ / ___ - ___ / ___ / ___ (DD/MM/JJJJ) (DD/MM/JJJJ)	VOM ZTRM SEKRETARIAT AUSZUFÜLLEN	Termin am:  ___ / ___ / ___ um ___:___ Uhr (DD/MM/JJJJ) (HH/MM)
	<i>Im Zuge der Terminvergabe auf das Mitbringen aller existierenden Impfdokumente/-ausweise zum Konsultationstermin hinweisen!</i>		