



## Echinokokkose Fragebogen

(Bitte komplett ausfüllen)

**Patient:** \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hausarzt / behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Neupatient

Wiederkommer

Privat versichert

Gesetzlich versichert

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Bitte schicken Sie uns per Post:**

- Überweisungsschein (Original)
- Bilder auf CD (Leberbilder CT oder MRT) mit schriftlicher Befunde
- Vorbefunde (Laborbefunde mit Echi. Serologie)
- Evtl. Arztbriefe anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen, OP-Berichte etc.
- Histologischer Befund (wenn vorliegend)
- Einverständniserklärung vom Patienten
- Patient geboren in? \_\_\_\_\_

### **Bitte schicken Sie alle Unterlagen an:**

Infektionsambulanz, Innere Medizin III  
z.H. Michèle Zimmerman / Betreff: Echinokokkose  
Universitätsklinikum Ulm, Medizinische Klinik Oberer Eselsberg  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm

Tel: 0731-500-45551 Fax: 0731-500-45525