



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 oder QR-Code (Leberbilder CT oder MRT) mit schriftlichen Befunden
- Vorbefunde (Laborbefunde mit Echi. Serologie)
- Evtl. Arztbriefe anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen, OP-Berichte etc.
- Histologischer Befund (wenn vorliegend)
- Einverständniserklärung Patienten zur Datenübermittlung
- Patient geboren in (Geburtsland bzw. Region)? _____

Bitte schicken Sie alle Unterlagen an:

Infektionsambulanz, Innere Medizin III
Betreff: Echinokokkose
Universitätsklinikum Ulm, Medizinische Klinik Oberer Eselsberg
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm

Tel: 0731-500-44070 Fax: 0731-500-44071