



Echinokokkose Fragebogen

Patient: _____ Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt / behandelnder Arzt: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neuer Patient | <input type="checkbox"/> Wiederkommer |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert |

Fragestellung: _____

Bitte schicken Sie uns per Post:

- Überweisungsschein (Original)
- Bilder auf CD (Leberbilder CT oder MRT) mit schriftlicher Befunde
- Vorbefunde (Laborbefunde mit Echinokokkus-Serologie)
- Arztbriefe anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen, OP-Berichte etc.
- Histologischer Befund (wenn vorliegend)
- Einverständniserklärung Patient/ Patientin
- Patient geboren in? _____

Bitte schicken Sie alle Unterlagen an:

Infektionsambulanz, Innere Medizin III
Betreff: Echinokokkose
Universitätsklinikum Ulm, Medizinische Klinik Oberer Eselsberg
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm
Fax: 0731-500-45526
E-Mail: infektiologie@uniklinik-ulm.de