



Echinokokkose Fragebogen

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
Betreff: Echinokokkose
Universitätsklinikum Ulm, Medizinische Klinik Oberer Eselsberg
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm
Tel: 0731-500-45551
Fax: 0731-500-45525