

Infektiologische Sprechstunde

Formular für Zuweiser

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Datum/ Kürzel:

bitte ergänzen Sie die Angaben, sodass wir Ihnen eine schnelle Einschätzung geben und die Vorstellung adäquat planen können.

PatientIn:

Versicherung: ☐ privat ☐ nur stationär privat ☐ gesetzlich

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Spricht der Patient deutsch?

**Falls nicht, bitte einen Dolmetscher
zum Termin mitbringen!!!!**

Zuweiser:

Name:

Telefonnummer:

Faxnummer:

**Besteht eine Behandlung mit einer medikamentösen Immunsuppression? Wenn ja, welche?
(Medikament notieren und umgehend Kontakt mit Infekt Arzt aufnehmen)**

Bei PEP (Postexpositionsprophylaxe -> Arzt anrufen)

Bitte Formular ausgefüllt und mit Vorbefunden an uns zurückfaxen unter 0941/944-7073 oder per KIM inneremed1@ukr.kim.telematik.de. Vielen Dank.

Zuweisungsgrund (bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen):

☐ Hepatitis B seit _____

Bitte folgende Werte bestimmen und uns zukommen lassen:

- **Hbs Antigen + HBV- PCR**

☐ Hepatitis C seit _____

Bitte folgende Werte bestimmen und uns zukommen lassen:

- **Anti-HCV + HCV- PCR**

☐ HIV seit _____

☐ Größe: ____kg; ☐ Gewicht: ____cm → BMI: ____kg/m²

☐ Therapie erfolgt (wenn ja, welche):

Termin:

___. ___. 202__ um __: __ Uhr

☐ in der Infektsprechstunde (B2, EG, Leitstelle Innere Medizin I)

Bitte Unterlagen mitbringen.

☐ Stationäre Aufnahme. Termin wird durch unser Casemanagement (0941 944 17128) zeitnah mitgeteilt.