

Campus Lübeck

Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie

Direktor: Prof. Dr. med. Jan Rupp

Infektiologische Ambulanz

Tel: 0451 500-45036

Fax: 0451 500-44594

Internet: www.uksh.de/Infektiologie_Mikrobiologie

Diagnostische Laboratorien

Auskunft: 0451 500-2824

akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014



Patientendaten

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

tel. erreichbar:

Krankenversicherung:

Privat:

Terminwunsch/Dringlichkeit:

dringlich innerhalb von 2 Wochen)

Begründung:

regulärer Termin

Weitere Ausführungen gerne auf der Rückseite oder separat

Überweisungsgrund (kurze Anamnese und Befunde, Verdachtsdiagnose, Fieberverlauf,

Fragestellung):

Relevante Begleiterkrankungen/Komedikation:



Bitte bereits vorhandene Befunde unbedingt beifügen und in Kopie mitgeben:

CRP mg/l:	HIV-Serologie:
Leukozyten 1000µl:	Hepatitis-Serologie:
BSG:	Andere Serologien (Hepatitis B/C etc.):
Hb:	Viruslast (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV):
Thrombozyten:	

Bildgebende Diagnostik:

Röntgen:

- bereits erfolgt, relevante Befunde mit Datum:
- noch nicht erfolgt

Sonographie Abdomen

- bereits erfolgt, relevante Befunde mit Datum:
- noch nicht erfolgt

Schnittbildgebung:

- bereits erfolgt, relevante Befunde mit Datum:
- noch nicht erfolgt

Bereits erfolgte Konsultationen incl. Diagnostik anderer Fachrichtungen:

Rheumatologie:

- bereits erfolgt, relevante Befunde mit Datum:
- noch nicht erfolgt

Sonstige Fachrichtungen:

- bereits erfolgt, relevante Befunde mit Datum:
- noch nicht erfolgt

Praxisstempel

Der/die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Infektiologische Ambulanz übermittelt werden.

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bevorzugte Benachrichtigung (bitte markieren): telefonisch/per Post/Med.Netz.Nord