

# PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR INFEKTILOGIE

DR. ANJA MEURER DR. JOANNA EGER DR. ULRICH KASTENBAUER

Ainmillerstr. 26, 80801 München, Tel.089/333863 Fax 089/395748

## Infektiologisches Konsil

Sehr geehrte Kolleg\*in,

wir bieten Ihnen die Möglichkeit eines infektiologischen Konsils per Telefon an. Dazu benötigen wir von Ihnen **dieses Formular** sowie eine **Überweisung**, umseitige **Einverständniserklärung** und alle relevanten **Vorbefunde**. Wir werden Sie dann zur Vereinbarung des Telefontermins kontaktieren.

### Patientendaten

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefonnummer mobil

.....  
ggf. E-Mail-Adresse

### Praxisstempel

**Telefon/E-Mail  
für Rückfragen**

**Besondere Dringlichkeit:**  nein  ja

Konkrete Fragestellung:

CRP erhöht:  nein  ja Wert: \_\_\_\_\_ mg/dl

BSG erhöht:  nein  ja Wert: \_\_\_\_\_ mm/1.Std.

Kurze Anamnese/  
Beginn der Beschwerden

Nebendiagnosen

# **PRAXISGEMEINSCHAFT FÜR INFEKTILOGIE**

**DR. ANJA MEURER DR. JOANNA EGER DR. ULRICH KASTENBAUER**

Ainmillerstr. 26, 80801 München, Tel.089/333863 Fax 089/395748

## **Einverständniserklärung zum infektiologischen Konsil**

**Behandelnde Ärzt\*in:**

**Patient\*in:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine betreuende Ärzt\*in mit einer Ärzt\*in der Praxisgemeinschaft Meurer/Eger und Kastenbauer Fragen zu meiner aktuellen Erkrankung bespricht, und entbinde sie\*ihn dazu von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift