

Personalien

Vorname, NAME	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Tel.:	

Befund (soweit bekannt):

Bakterienart(en) (soweit bekannt)	1. 2. Antibiogramm vorhanden: ja nein
Betroffenes Organ/ Extremität li re

Krankenkasse

Name	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Vers.-Nr.:	

Vorbehandler/-in, überweisende-/r Ärztin/Arzt oder Klinik

Name	
Adresse	
Telefon-Nr.	
E-Mail-Adresse (falls bekannt)	

Anlagen:

- Antibiogramm:
- Arztbrief/ Befundbericht:
- Arztbrief/ Befundbericht:
- sonstiges (CT-Aufnahmen o.a.):

Notizen:
