

## Anmeldung Spitalhygiene-Sprechstunde

 Spitalhygiene-Sprechstunde: [spitalhygiene@usb.ch](mailto:spitalhygiene@usb.ch)

### Zuweisender Arzt

Name/Vorname	
Adresse	
Tel. Nr.	
Email	

### Personalien des Patienten/der Patientin

Name/Vorname		<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w
Geb. Datum		
Adresse		
Tel. Nr.	Privat	
	Mobil	
HMO-versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Informationen zur Überweisung

Zuweisungsgrund	<input type="checkbox"/> <b>Dekolonisation</b> <input type="checkbox"/> <b>Screening</b> <input type="checkbox"/> <b>Beratung</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderer Grund:</b> _____
Pathogen (bitte alle relevanten mikrobiologischen Befunde beilegen)	<input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> (Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> ) <input type="checkbox"/> <b>VRE</b> (Vancomycin-resistenter <i>Enterococcus faecium/faecalis</i> ) <input type="checkbox"/> <b>ESBL</b> (Extended-spectrum Betalactamase) <input type="checkbox"/> <b>Carbapenemase-Bildner</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderes:</b> _____
Hauptdiagnosen (alternativ Liste beilegen)	
Medikamente (alternativ Liste beilegen)	
Allergien	

Dringlichkeit zum Aufbieten	<input type="checkbox"/> innert 1 Woche	<input type="checkbox"/> innert 2 Wochen	<input type="checkbox"/> innert 1 Monat
Besondere Bemerkungen			

**Bitte Unterlagen per Email oder Post mitsenden**