**Zuweisungsformular **

Dr. med. Yasemin YükselTechnikumstrasse 90

Patientenetikett

8400 Winterthur

052 260 04 60

Fax: 052 260 04 66

Mail: altstadtpraxis@hin.ch

|  |  |
| --- | --- |
| Pat bitte aufbieten |  Patient hat bereits Termin am: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |

|  |
| --- |
| Mein/e Patient/in reist nach: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .(Land) Anreise am. . . . . . . . . . . . . . . . . (Datum), Rückreise am. . . . . . . . . . . . . . . . .(Datum)* Ich habe eine **vollständige Reiseberatung** durchgeführt. **Die Beratung entfällt** somit bei Ihnen.

Benötigt wird: Gelbfieberimpfung Masern – Mumps- Röteln Impfung (zeitgleich mit Gelbfieber oder  4 Wochen Abstand) andere Impfungen: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Aktuell durchgeführte Impfungen mit Datum:  . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . .Die eventuelle **Malaria-**Medikation ist besprochen. * Ich wünsche **eine Reiseberatung** durch Sie.
 |
| **relevante Diagnosen:** |  |
| **Medikamente:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift Zuweiser |