**Zuweisungsformular **

Dr. med. Yasemin YükselTechnikumstrasse 90

Patientenetikett

8400 Winterthur

052 260 04 60

Fax: 052 260 04 66

Mail: [altstadtpraxis@hin.ch](mailto: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 |