Anrede

Vorname Name

Strasse Nr.

PLZ Ort

Ort, Datum

**Zwischenkontrolle zum Behandlungsverlauf der Tuberkulose-
Infekton (TBI) von:**

**Name Vorname, geb. Geb.datum, Strasse Nr., PLZ Ort**

Sehr geehrte(r) Anrede Name

Im Auftrag des Kantonsarztes führt die Lungenliga in regelmässigen Abständen Therapiekontrollen durch. Die Ergebnisse werden dem Kantonsarzt gemeldet.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum Therapiestart:   | Datum |
| Ist der/die Patient/in noch in Ihrer Behandlung?  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Wenn Nein: Wer behandelt sie/ihn jetzt?   |   |
| Ist die Einnahme der Medikamente gewährleistet?  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Datum der letzten Konsultation:  |   |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit

Datum: ……………………..

Stempel/Unterschrift:

beiliegendem Rückantwortumschlag

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Datum: ……………………..

Stempel/Unterschrift:

an unten stehende Adresse uns zurück.

Wir danken für Ihre Mithilfe.

Freundliche Grüsse

LUNGENLIGA …

Vorname Name

Fachstelle Tuberkulose