Anrede

Vorname Name

Strasse Nr.

CH PLZ Ort

Ort, Datum

**Zwischenkontrolle zum Tuberkulose-Therapieverlauf bei**

**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/der Kantonsärztin gemeldet.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum Therapiestart:   |   |
| 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 beiliegendem
Rückantwortumschlag an
untenstehende Adresse uns zurück.

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Wir danken für Ihre Mithilfe.

Freundliche Grüsse

LUNGENLIGA …Vorname Name

Fachstelle Tuberkulose