



Patientenanamnese für Malariaidiagnostik

Namensaufkleber: (bitte hier kleben)

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Land: _____ Reiseternin/-zeit: _____

Fieber: ja ☐ nein ☐

Prophylaxe: ja ☐ nein ☐

Bemerkung: _____

Anfordernder Arzt: _____ Tel.: _____

Bitte vollständig ausfüllen!