

**Kantonsspital Aarau AG**  
Tellstrasse 25, 5001 Aarau  
Telefon + 41 62 838 41 41

**Medizinische Universitätsklinik  
Infektiologie & Infektionsprävention**  
PD Dr. med. Christoph A. Fux  
Chefarzt

PD Dr. med. Anna Conen, MSc  
Leitende Ärztin und Stv. Chefärztin

Direkt +41 62 838 68 56  
ca\_sekretariat\_infektiologie@ksa.ch

**ksa.ch/infektiologie**

## Externe Anmeldung Infektiologisches Konsil

Erfordert immer auch **telefonische Anmeldung**.

DA Infektiologie direkt 062 838 98 08

Ausgefüllte Konsilanmeldung **mailen** an:

[konsil.infektiologie@ksa.ch](mailto:konsil.infektiologie@ksa.ch)

**Immer Stamblatt des Patienten mitschicken**

Datum:

Spital:

Anmeldender Arzt (Name, Vorname):

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Wenn nötig, nachfolgender Arzt (Name, Vorname):

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Eintrittsdatum:

**Fragestellung:**

**Aktuelles Problem (inkl. OP-Daten):**

**Aktuelle Installationen:**

DK/Zystofix:  JA  NEIN wenn ja, Einlagedatum:  
ZVK:  JA  NEIN wenn ja, Einlagedatum:  
Venflon:  JA  NEIN wenn ja, Einlagedatum:  
Intubiert:  JA  NEIN wenn ja, seit wann:

**Wichtige Komorbiditäten:** Kopie der wichtigsten Diagnosen, v.a. vorhandene Implantate aufführen, z.B. Herzklappen, PM, Gelenksprothesen etc.

**Sicher immer:**

Immunsuppression:  JA  NEIN wenn ja, was:

Allergien:  JA  NEIN

Wenn ja, welche Reaktion auf welches Antibiotikum und wann:

Niereninsuffizienz:  JA  NEIN eGFR:

**Gewicht:**

**Labor:**

Datum	Lc (+Diff., falls vorhanden)	Tc	CRP	Kreatinin	ALAT
-------	------------------------------	----	-----	-----------	------

**Antibiotikatherapien (was, von wann bis wann, Applikationsart):**

Antibiotikum (i.v./p.o.)	Von wann bis wann
--------------------------	-------------------

**Mikrobiologie (was, wann abgenommen):**

Probe	Datum	Mikroorganismus
-------	-------	-----------------

**Erstkonsil, Datum, Erbringer:**

**Verlauf:**

**Beurteilung:**

**Prozedere:**