

ANMELDUNG FÜR VORSTATIONÄRE PATIENTEN DER KLINIK FÜR NEUROLOGIE

Einweisender Arzt

Name _____ Vorname _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____ E-Mail _____

Patienteninformation

Name _____ Vorname _____ Telefonnummer _____

Anschrift _____ E-Mail _____

Aktuelle Beschwerden

Ziel- / Fragestellung:

Vorbefunde

CT, MRT, EEG, LP,
ENG, EMG, EP, etc.

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Benötigt der Patient **Gehhilfen?** Welche? _____

Besonderer **Betreuungs- und Aufsichtsbedarf?** _____

Besondere **Ernährungsgewohnheiten?** _____

Terminvergabe: Dienstag **08:00 - 12:00 Uhr** Telefonnummer **03332 / 53-4084**

Bitte senden Sie uns mit dem Anmeldebogen sowie Vorbefunde /
Epikrisen und einen **aktuellen Medikationsplan** zu. **Vielen Dank.**

Terminvorschlag