

Anmeldung zur Fallbesprechung im Rahmen des Interdisziplinären Neurovaskulären Boards (NVB) der Asklepios Klinik Altona

Neurologie · Tel. 040 1818 81-1401 · Fax -4906 | **Neurochirurgie** · Tel. 040 1818 81-1671 · Fax -4911
Neuroradiologie · Tel. 040 1818 81-1800 · Fax -4917 | **Gefäßchirurgie** · Tel. 040 1818 81-2019 · Fax -4916

Bitte beachten Sie: Die Übermittlung personenbezogener und gesundheitsbezogener Daten per unverschlüsselter E-Mail kann Sicherheitsrisiken bergen und einen unbefugten Zugriff Dritter nicht vollständig ausschließen. Mit Übersendung dieser Aufnahmeanfrage per E-Mail bestätigt die/der anmeldende Ärztin/Arzt, dass die Patientin bzw. der Patient über die Risiken der elektronischen Datenübermittlung informiert wurde und mit der Übermittlung der für die Durchführung der Fallbesprechung erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die Asklepios Klinik Altona einverstanden ist. Die Verantwortung für die datenschutzkonforme Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten sowie die Einholung einer gegebenenfalls erforderlichen Einwilligung liegen bei der übermittelnden Einrichtung bzw. der/dem übermittelnden Ärztin/Arzt.

Per  **MAIL an nvb_aka@asklepios.com**

Per  **FAX an 040-181881 4906**

Datum der Anmeldung	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Pflegegrad	☐ nein ☐ ja, Grad _____
Gesetzliche Betreuung	☐ nein ☐ ja
Vorsorgevollmacht	☐ nein ☐ ja

Anmeldende/r Arzt / Ärztin	
----------------------------	--

Hauptdiagnose / Verdachtsdiagnose		
Nebendiagnosen		
Wichtige anamnestische & klinische Angaben		
Fragestellung an das NVB		
Vorbefunde in den Anlagen	☐ Arztbriefe ☐ US-Befund ☐ CT/MRT-Befunde	☐ Laborbefunde ☐ Medikamentenplan ☐ Anderes
NVB-Empfehlung vom _____ Teilnehmende Fachrichtungen: ☐ NL ☐ NRAD ☐ GEFÄßMED ☐ NCH ☐ konservatives Vorgehen ☐ operatives / interventionelles Vorgehen: _____ ☐ weitere Diagnostik empfohlen Weiteres / Begründung		
Hamburg, _____ _____ Name, Fachrichtung		