

## Interdisziplinäre Konferenz für Erkrankungen der Peripheren Nerven und des Plexus

Patient\*in

Geburtsdatum

PIZ

Anmelder\*in, Abteilung

Anmeldediagnose

Fragestellung / Therapievorschlag

Bisherige Behandlung, Voroperationen, Vorerkrankungen

Aktuelle Beschwerden

Relevante Medikation

**Klinische Befunde**

**Bildgebung**

**Elektrophysiologie**

**Konferenzbeschluss** (nicht ausfüllen)

**Datum**

**Teilnehmer\*innen** (nicht ausfüllen)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument an das [Sekretariat der Klinik für Neurochirurgie](mailto:marie.szczepanski@uniklinik-freiburg.de)  
(marie.szczepanski@uniklinik-freiburg.de).