

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](#)
(marie.szczeplanski@uniklinik-freiburg.de).

Interdisziplinäres Schmerzzentrum — Klinik für Neurochirurgie — Klinik für Neurologie
Klinik für Neuroradiologie — Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie — Klinik für Plastische und Handchirurgie