

ANMELDEFORMULAR FÜR DIE NEUROLOGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK



Anmeldung per Fax an: 0761-27053380

Patientenangaben:

(Name, Vorname, geb. Dat., Adresse, Telefonnummer)

Wie ist der Patient versichert: gesetzlich privat

Welchen Termin soll der Patient aus Ihrer Sicht erhalten: stationär ambulant

Anforderung durch:(Stempel).....

Ist der Patient bei uns in der Klinik bekannt: nein ja mir nicht bekannt

Patient: ist selbstständig braucht Hilfe, Pflegestufe:

Klinische Angaben / Diagnosen / Fragestellung: (Qualität der Angaben entscheidet über die Bearbeitung!)

Welche Untersuchungen erfolgten bereits:

EP EEG EMG Doppler LP MRT CT Labor

disponiert von.....*OA Ambulanz*..... am: