



Anmeldeformular externe Disposition Neurologie

Anmeldung per Fax an 0761 270-53380

Anforderung durch: _____
(Stempel Klinik/Praxis)

Patient*innendaten (falls kein Patient*innenaufkleber verfügbar)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____

Weitere Angaben zur/zum Patient*in

Wie ist die/der Patient*in versichert? gesetzlich privat

Welchen Termin soll die/der Patient*in aus Ihrer Sicht erhalten? stationär ambulant

War die/der Patient*in zur Behandlung im Universitätsklinikum Freiburg? nein ja nicht bekannt

Die/Der Patient*in ist selbständig braucht Hilfe, ggf. Pflegestufe: _____

Klinische Angaben / Diagnose / Fragestellung

Welche Untersuchungen erfolgten bereits?

EP EEG EMG Doppler LP MRT CT Labor

Wird von Universitätsklinikum Freiburg ausgefüllt!

disponiert von: _____ am: _____
(Stempel und Unterschrift Oberärzt*in Ambulanz)