

**per Fax an:
0761 270-50240**

ambulant.neurochirurgie@uniklinik-freiburg.de

 Universitätsklinikum Freiburg
 Neurochirurgische Ambulanz
 Breisacher Straße 64

79106 Freiburg

Terminanfrage für Zuweiser - Neurochirurgische Ambulanz

Patient*innendaten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____

Versicherungs-Status: _____ PIZ: _____

Überweisungsgrund (Diagnose, kurze Anamnese, aktueller Medikamentenplan)

 MRT vorhanden vom: _____ Erstvorstellungstermin Kontrollverlaufstermin

 dringend, innerhalb von 3 Wochen, Begründung: _____

 Notfall innerhalb von 3 Tagen, Begründung: _____

Mobilität

 keine Einschränkung Rollstuhl liegend

 gesetzlich betreut (Betreuung) pfleg. Versorgung keine

Rückfax an Praxis-Nr: _____

Beste telefonische Erreichbarkeit: _____

Anforderungsdatum _____

Unterschrift anfordernde*r Ärztin/Arzt _____

Wird von der Universitätsklinik ausgefüllt!

Ambulanztermin Neurochirurgie Universitätsklinikum Freiburg

Termin am _____

Folgendes sollte dem/der Patient*in mitgegeben werden:

 Überweisungsschein vom Hausarzt oder Zuweiser aktuelles MRT auf CD (max. 6 Monate alt)

 radiologischer Befund! Kopien relevanter Vorbefunde _____

Datum _____

Unterschrift Mitarbeiter*in _____

– Bitte teilen Sie dem/der Patient*in den Termin mit –