

Klinik für Neurologie

Anmeldung zur Prüfung einer Indikation für Amyloid-Antikörper

Einweisende(r) Ärztin/ Arzt:

Stempel:

Name: _____

Tel. Nr.: _____

Eine direkte Erreichbarkeit ohne Warteschleife sollte gewährleistet sein!

Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Patientin/zum Patienten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil-Tel.: _____

Klinische Angaben:

1. Welche wesentlichen **Begleiterkrankungen** liegen vor (z.B. vaskulär, neoplastisch)

2. Welche **Medikamente** werden eingenommen?
(Bitte vollständig auflisten oder aktuellen Medikationsplan als Anlage beilegen)

3. Ergebnis eines aktuellen **Mini-Mental-Status-Tests** (mit Datum der Untersuchung)

4. Wo wurde die **Liquoruntersuchung** (mit Bestimmung von Amyloid- und Tauproteinen) oder ein Amyloid-PET durchgeführt?
KBO Extern (Originalbefund als Anlage beilegen)
(Anmerkung: Noch nicht erfolgt? Bitte zunächst Anmeldung zur Diagnostik mit unserem allgemeinen Anmeldeformular!)

Anlagen:

- Ergebnis Apolipoprotein E-Genotypisierung (obligat)
- Bilder MRT Kopf (obligat; nur als CD oder QR-Code)
- Einweisung (obligat)
- Sofern vorliegend: Ergänzende Informationen zum Krankheitsverlauf, z.B. ältere oder zusätzliche neuropsychologische Tests

Vollständig ausgefülltes Formular zusammen mit allen Unterlagen bitte zusenden:
Fax: 0421/4971996406 oder **E-Mail:** Aufnahme-neuro@gesundheitnord.de oder **Post**
(Aufnahmemanagement Neurologie, Klinikum Bremen Ost, Züricher Str. 40 28325 Bremen)