

## Anmeldung zur elektiven Aufnahme

**Einweisender Arzt:**

(Felder bitte vollständig und leserlich ausfüllen, Stempel ist nicht ausreichend!)

**Stempel:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr. :** \_\_\_\_\_

**Tel. Nr. mobil:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Eine kurzfristige Erreichbarkeit sollte gewährleistet sein!**

**Grund für die stationäre neurologische Aufnahme:**

---

---

**Verdachtsdiagnose:** \_\_\_\_\_

---

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Mobil-Tel.:** \_\_\_\_\_

---

**Folgende Unterlagen sind erforderlich (bitte per Fax senden an 0421/408-2354):**

- Arztbericht des einweisenden Arztes
- sämtliche Vorbefunde, die sich auf das Krankheitsbild beziehen
- letzte Laborbefunde
- cMRT-Befund (nicht älter als 6 Monate, sonst bitte vor Anmeldung neu veranlassen!)
- stationäre Krankenhauseinweisung
- Med.-Liste

**Bei Antikoagulation muss diese 2 Tage vor der stationären Aufnahme abgesetzt werden!**