

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!