



Anmeldung

- ☐ **Neurologie allgemein**
☐ **Ambulante Liquordiagnostik**
☐ **Parkinson-Komplextherapie**
☐ **Ambulante Video-Schluckdiagnostik (FEES)**

Krankenkasse (Kostenträger):

Gewünschter Aufnahmetermine/ Verlegungstermin: _____

Anmeldende(r) Arzt/ Praxis/ Klinik: Name: _____

Telefon: _____

Patient/ Patientin:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnadresse:	Gegenwärtig untergebracht:	Telefon/ E-Mail:

Wahlleistung: ☐ 1-BZ ☐ 2-BZ ☐ Chefarztwahl ☐ ohne

Einweisungsdiagnose(n)/ Besonderheiten

z. B.: MRSA, resistente Keime, Stoma, PEG, Dialyse, Langzeit-Sauerstofftherapie, spezielle Wundbehandlung

Bemerkung

- Wenn vorhanden, bitte Vorbefunde/ Arztberichte/ Medikamentenplan beifügen
- Die Terminvergabe erfolgt telefonisch unter der angegebenen Rufnummer