



## Anmeldung

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

Krankenkasse (Kostenträger): \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetermin/ 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