

PATIENTENANMELDUNG

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB.DATUM: _____

ADRESSE: _____ TEL.: _____

KOSTENTRÄGER: _____ NUMMER: _____

ÜBERWEISUNGSGRUND:

Verdachtsdiagnose/ relevante sonstige Diagnosen:

.....
Hauptsymptome:

.....
Fragestellung:

.....
Aktuelle Medikation:

.....
Konsil Duplexsonographie EEG EMNG Neuropsychologie

WUNSCHTERMIN:

Notfall < 1 Woche > 1 Woche

VORBERICHTE/RÖNTGENBILDER:

Film CD-ROM beigelegt per Post bringt Patient mit

Datum: _____ Stempel/ Unterschrift/ Tel./Fax: _____