

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

**Klinik und Poliklinik für Neurologie**  
 Direktor: Prof. Dr. Alexander Storch

## Anmeldeformular für die elektive stationäre Einweisung von Patienten

Kontakt:

Aufnahmemanagement Frau Harthun  
 Telefon: 0381 – 494 4742  
 Fax: 0381 – 494 4759  
 E-Mail: [aufnahme.neurologie@med.uni-rostock.de](mailto:aufnahme.neurologie@med.uni-rostock.de)

**Achtung:** Bei notfallmäßigen Zuweisungen bitte immer direkt unsere Notaufnahme telefonisch unter der 0381 – 494 4750 oder 4753 kontaktieren.

Falls möglich, vorhandene Vorbefunde der Anmeldung gleich beifügen.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 (Name, Anschrift und Stempel des einweisenden Arztes)

.....  
 (Telefon-Nr. des einweisenden Arztes)

.....  
 (Fax-Nr. des einweisenden Arztes)

Name und Vorname des Patienten: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon-Nr. des Patienten: .....

Verdachtsdiagnose: .....

Früherer stationärer Aufenthalt in unserer Klinik:

nein     ja, Zeitraum: .....

Vorläufige Zuordnung des Krankheitsbildes:

- Neurovaskuläre Erkrankungen
- Bewegungsstörungen und andere neurodegenerative Erkrankungen
- Neuroimmunologische Erkrankungen
- Epilepsie
- Erkrankungen des peripheren Nervensystems
- Myopathien und neuromuskuläre Erkrankungen
- Kopf- und Gesichtsschmerzen
- Andere

Dringlichkeit der stationären Aufnahme:

- eilt
- aufgeschoben
- normal

.....  
 Ort und Datum

.....  
 Unterschrift des einweisenden Arztes