

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 Sr. Sylvia Röhring  
Telefon: 0381 – 494 4739  
Fax: 0381 – 494 686 4795  
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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(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: .....

Aktueller Pflegegrad: 1 2 3 4 5

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

**Bitte senden Sie uns zum Anmeldeformular Vorbefunde und einen ausführlichen Medikamentenplan.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des einweisenden Arztes