

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

**Klinik und Poliklinik für
Neurologie**

Department für Kopf- und Neuromedizin

Direktor: Prof. Dr. Alexander Storch

Anmeldeformular für die elektive stationäre Einweisung von Patienten

Kontakt:

Aufnahmemanagement

Telefon: 0381 – 494 4739

Fax: 0381 – 494 686 4795

E-Mail: aufnahme.neurologie@med.uni-rostock.de

Achtung: Bei notfallmäßigen Zuweisungen bitte immer direkt unsere Notaufnahme telefonisch unter der 0381 – 494 7450 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
- ☐ Schlafstörung (Anmeldung Schlaflabor)
- 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