

Anmeldung für die *teilstationäre* Aufnahme in der *Neurologischen Tagesklinik*

Kontakt:

Aufnahmemanagement Tagesklinik

Fax: 0381 – 494 686 4659 Telefon: 0381 – 494 4658

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

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

Krankheitsbild:

- Bewegungsstörungen und andere neurodegenerative Erkrankungen
- Neuroimmunologische Erkrankungen
- Kopf- und Gesichtsschmerzen

Diagnose oder Verdachtsdiagnose:

Aktuelle Beschwerden bzw.

Ziel- oder Fragestellung:

.....
.....

Benötigt der Patient eine Gehhilfe? Welche?

aktueller Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5

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

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des einweisenden Arztes