

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Klinikdirektor: Prof. Dr. Alexander Storch

Anmeldeformular für die elektive stationäre Einweisung von Patienten

Kontakt:

Aufnahmemanagement Frau Donath
 Telefon: 0381 – 494 4742
 Fax: **0381 – 494 4759**
 E-Mail: **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