Stationäre Patientenanmeldung

Klinik für Neurologie (neurologie@uk-brandenburg.de)

Sekretariat: 03381/41-1170, Telefon AvD: 03381/41-1188

Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel
Campus für Gesundheit

Anmeldung bitte faxen an 03381/41-1179

Einweisender Arzt (Stempel)

Angaben zum Patienten

_____

Name, Vorname

_____

Adresse

_____

Geb.-Datum Telefon

Diagnose/Fragestellung

_____

_____

_____

Neuroradiologische Diagnostik innerhalb der letzten 6 Monate erfolgt?

☐Nein ☐Ja Falls ja, welche: _____

Isolationspflichtige Keime?

☐Nein ☐Ja Falls ja, welche: _____

Besteht dringender ärztlicher Rücksprachebedarf?

☐Nein ☐Ja Wenn, je bitte unter folgender Tel.-Nr.: _____

Wir möchten Sie um die Mitgabe von relevanten Arztberichten sowie relevanten CT/MRT-Aufnahmen zum geplanten Aufnahmetermin bitten!

……

Durch die Ärzte der Neurologie am Universitätsklinikum Brandenburg auszufüllen:

Stationäre Aufnahme geplant am: _____

Patient informiert:

☐Ja ☐Nein Falls nein, warum nicht: _____

Rückmeldung an einweisenden Arzt erfolgt am: _____