

**PATIENTENANMELDUNG**

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_ GEB.DATUM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

KOSTENTRÄGER: \_\_\_\_\_ NUMMER: \_\_\_\_\_

ÜBERWEISUNGSGRUND:

Verdachtsdiagnose/ relevante sonstige Diagnosen:

.....  
Hauptsymptome:

.....  
Fragestellung:

.....  
Aktuelle Medikation:

.....  
Konsil Duplexsonographie EEG EMNG Neuropsychologie

WUNSCHTERMIN:

Notfall  < 1 Woche  > 1 Woche

VORBERICHTE/RÖNTGENBILDER:

Film CD-ROM beigelegt per Post bringt Patient mit

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift/ Tel./Fax: \_\_\_\_\_