

**Anmeldeformular elektive Einweisungen Neurologie**

Anmeldung per Fax an 0741 / 241-993 256

E-Mail: Neuro-Aufnahme@VvPH.de

Anmeldung von Patient:innen zur stationären Behandlung nur durch Ärzte und Ärztinnen

Stempel der Praxis:

(bitte mit E-Mailadresse)

**Patientendaten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer Patient:in

Adresse

Die:Der Patient:in ist in den Aktivitäten des täglichen Lebens

 selbstständig     Teilpflege     Vollpflege     ggf. Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Mobilität:

 einseitige Gehilfe     Rollator     Rollstuhl     bettlägerig

War die:der Patient:in zur Behandlung schon einmal in unserem Haus?

 nein     ja     nicht bekannt

Wie ist die:der Patient:in versichert?

 gesetzlich     privat     zusatzversichert:  ambulant,     stationär

**Klinische Angaben / Diagnose / Fragestellung**

---

---

---

---

---

**Vorbefunde beigefügt:** Ja Nein **Bilder (CCT, MRT usw.) bitte dem Patienten bzw. der Patientin in digitalem Format (CD) mitgeben** **Rückfragen zu bereits geplanten stationären Aufnahmen: Telefon 0741 / 241 - 2555****Die Terminvergabe erfolgt in der Regel werktags innerhalb von 24 - 36h.****Wenn vom Zuweisenden nicht anders angegeben, vereinbaren wir den Aufnahmetermin telefonisch direkt mit dem Patienten bzw. der Patientin.****In Abhängigkeit von der medizinischen Dringlichkeit muss dabei mit Wartezeiten von momentan ca. 6-8 Wochen für die stationäre Aufnahme gerechnet werden.****Interne Vermerke:****Disponiert von** \_\_\_\_\_**OA Unterschrift****Datum**