

Stationäre Einweisung

Klinik für Neurologie
Prof. Dr. med. Martin Grond
Sekretariat Frau Vollpracht
Telefon: 0271/705-1801
Fax: 0271/705-1804

Ich möchte folgende/n Patientin/Patienten elektiv zuweisen:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Hausarzt / Einweisender Arzt: _____
(Name/Praxis) (Telefon)

Privatzusatzversichert: ja nein 1-Bett 2-Bett

Bereits stationärer Aufenthalt im Klinikum Siegen: ja Fachabteilung: _____ nein

Verdachtsdiagnose, Symptomatik, sonstige Informationen:

Symptomatik seit wann:

Folgende Besonderheiten des Patienten sind zu beachten:

- MRSA Antikoagulation (Marcumar, NOACs, etc.)
 Herzschrittmacher Diabetes
 Andere: _____

Welche Untersuchungen sind einzuplanen:

- Liquorpunktion Muskel/Nervenbiopsie Angiografie
 Neuropsych. Testung EMG EEG
 CCT MRT ENG
 Andere: _____

Vorbefunde bitte mitfaxen!

(Neuro-Status, Bildgebungsbefunde, elektrophysiologische Befunde, Doppler/Duplexbefunde, etc.)

Termin: _____

Mitgeteilt an: _____