

**Anmeldung bitte faxen an 0331 241-37100**

**Einweisender Arzt (Stempel)**

**Angaben zum Patienten**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum

**Diagnose/Fragestellung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Neuroradiologische Diagnostik innerhalb der letzten 6 Monate erfolgt?**

Nein  Ja Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Isolationspflichtige Keime?**

Nein  Ja Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Wir möchten Sie um die Mitgabe von Arztberichten und  
Bildbefunden zum geplanten Aufnahmetermin bitten!**

**Durch die Terminierungsstelle Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam auszufüllen:**

Stationäre Aufnahme geplant am: \_\_\_\_\_

Patient informiert

Ja  Nein Falls nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

**Durch das Patientenmanagement der Klinik für Neurologie auszufüllen:**

Rückmeldung an einweisenden Arzt erfolgt am: \_\_\_\_\_