

Anmeldung bitte faxen an 0331. 241 - 3 7100

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: _____