



Absender

Stempel:

An das
ZfP Südwürttemberg, Abteilung Epileptologie
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg
Fax 0751/7601 42233 oder
E-Mail epileptologie@zfp-zentrum.de

Für Rückfragen: Sekretariate der Abteilung Epileptologie
Telefon 0751/7601-2233 oder -2390 oder -2857

Ansprechpartner: _____

Ich möchte Ihnen folgende Patientin / folgenden Patienten zuweisen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Gesetzlicher Betreuer,
Bevollmächtigter
oder Wohngruppe: _____ Telefon: _____

Haus-/Kinderarzt: _____ Ort/Telefon: _____

Kontaktaufnahme direkt mit Patient/in oder gesetzlicher Betreuer zur Terminvereinbarung gewünscht

Rückruf Praxis für weitere Informationen/Fallbesprechung gewünscht. Telefon/Durchwahl: _____

Wichtige Informationen, die uns eine schnelle Bearbeitung ermöglichen:

Grund der Einweisung: _____

Diagnose/n: _____

oder siehe Brief anbei _____

erfolgte ein MRT vom Kopf? nein ja (wenn ja, wann _____). Bitte dem Patienten die CD mitgeben und Befund diesem Formular beilegen)

stationäre Aufenthalt/e nein ja (wenn ja, bitte Entlassberichte diesem Formular beilegen)

kognitive und/oder körperliche Einschränkungen (bitte unten näher beschreiben) Pflegebedürftigkeit

Verhaltensauffälligkeiten Rollstuhlfahrer Hilfestellung bei der Körperpflege Vollpflegebedürftig

infektiöse Erkrankungen/Besiedlungen: MRGN MRSA ESBL Hepatitis _____

aktuelle antikonvulsive Medikation anbei Marcumar o.ä. Herzschrittmacher Allergien

Freiheitsentziehende Maßnahmen (Einschluss, Bettgitter... Andere: _____

Sonstige wichtige Informationen: _____

Bearbeitungsvermerke Patientenmanagement:

Termin: Auf Station: Mitgeteilt an: Kürzel:V7/2019