

# Stationäre Aufnahme Neurologie



Südwürttemberg

An das  
ZfP Südwürttemberg,  
Klinik für Neurologie und Epileptologie  
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg  
**Fax 0751/7601 2610 oder E-Mail neurologie@zfp-zentrum.de**

Für Rückfragen:  
Telefon 0751/7601-2607

Absender / Stempel

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

## Bitte schicken Sie uns per Fax 0751-7601-2610:

diese ausgefüllte Patientenanmeldung

- Krankenhouseinweisung
- aktueller Medikationsplan
- alle relevanten Vorbefunde
- alle relevanten Radiologie-Vorbefunde (Patient/in alle relevanten CDs/QR Codes zur Aufnahme mitbringen.)
- Heimbewohner benötigen einen MRSA Test (nicht älter als 8 Tage zur Aufnahme)

## Ich möchte Ihnen folgende Patientin / folgenden Patienten zuweisen:

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Telefon\*: \_\_\_\_\_ Krankenkasse\*: \_\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_ PLZ\*: \_\_\_\_\_ Ort\*: \_\_\_\_\_

E-Mail (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer\*, Bevollmächtigter  
\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort/Telefon: \_\_\_\_\_

## Wichtige Informationen, die uns eine schnelle Bearbeitung ermöglichen:

Grund der Einweisung\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnose/n\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegegrad\*: \_\_\_\_\_ Hilfsbedürftigkeit (waschen, anziehen....) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Verhaltensauffälligkeiten \*Rollstuhlfahrer \*Hilfestellung bei der Körperpflege \*Vollpflegebedürftig

**\*Pflichtfelder**

**Wir setzen uns telefonisch mit den Patienten in Verbindung und vereinbaren den stat. Aufnahmetermin.**