

Stationär Epileptologie

Absender*

Stempel:

An das

ZfP Südwürttemberg, Klinik für Neurologie und Epileptologie

Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

→ Fax 0751/7601 42233 oder E-Mail epi@zfp-zentrum.de

Für Rückfragen:

Telefon 0751/7601-2857 oder -2233



Ansprechpartner: _____

Ich möchte Ihnen folgende Patientin / folgenden Patienten zuweisen:

Name*: _____ Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____ Telefon*: _____ Krankenkasse: _____

Straße*: _____ PLZ*: _____ Ort*: _____

E-Mail: _____

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 den Befund diesem Formular beilegen)

*Besteht aktuell eine Schwangerschaft? Ja Nein (Bei Schwangerschaft keine ausführliche Diagnostik mit LZ-EEG möglich)

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: _____

mit * markiert sind Pflichtangaben, da wir diese zur Einbestellung benötigen