



## Klinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. T. Neumann-Haefelin

Fax: (0661) 84 5552

### Case-Management

Fr. Cornelia Schneider

Telefon: (0661) 84-5543

Fax: (0661) 84-5552

Zentrale: (0661) 84-0 per Funk 5542

### Ich möchte folgende/n Patientin/Patienten elektiv zuweisen:

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Fachrichtung: **Neurologie**

Teilnehmer "elekt. FallAkte":  Ja  Nein

Krankenkasse, Ort \_\_\_\_\_

Hausarzt

\_\_\_\_\_  
(Name / Praxis)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

Einweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
(Name / Praxis)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

### Einweisungsdiagnose, Symptomatik, sonstige Informationen:

### Mit den folgenden Angaben erleichtern Sie uns die Terminplanung:

#### Dringlichkeit:

- Innerhalb 1 Woche
- Innerhalb 2 Wochen
- Offen (nach Wunsch des Pat.)

#### Folgende Besonderheiten d. Patienten sind zu beachten:

- Antikoagulation (Marcumar o.ä.)
- Herzschrittmacher
- Allergien (z.B. auf Kontrastmittel)
- Diabetes mellitus
- Multiresistenter Keim, wenn ja welcher:  
\_\_\_\_\_
- Pflegedienst / häusliche Versorgung, Kontakt:  
\_\_\_\_\_
- Andere:  
\_\_\_\_\_

**Vorbefunde bitte mitfaxen  
sofern zur Hand!**

(Neuro-Status, Bildgebungsbefunde,  
elektrophysiologische Befunde,  
Doppler/Duplexbefunde,  
Medikamentenplan, etc)

**Zur weiteren Terminabsprache kontaktiert Sie das Case-Management.**

*Bearbeitungsvermerk für den Case-Manager:*

Termin  Mitgeteilt an  Auf Station: