

**Terminanforderung Neurologische Klinik  
Parkinson- und Epilepsie-Komplexbehandlung**

Fax: 09128/504-3154

AUF-KHR-416

Name, Vorname			Geburtsdatum
Adresse			Telefonnummer
Diagnose/Leitsymptom	<input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Epilepsie		geplante Verweildauer in Tagen
ICD			
gewünschte Therapie/Diagnostik			
Bemerkung, zusätzliche Informationen  Bitte Vorbefunde/ Medikationsplan als Anlage	Medizinische Daten		Pflegegrad
	<input type="checkbox"/> Pumpe vorhanden <input type="checkbox"/> Beatmungs-Patient <input type="checkbox"/> MRSA		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/>		
Dringlichkeit (Einbestellung des Patienten)	<input type="checkbox"/> Sehr dringend (binnen 2 Tage) <input type="checkbox"/> Dringend (binnen 3-5 Tage) <input type="checkbox"/> Elektiv		
Behandlungskategorie	<input type="checkbox"/> Allgemeine Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/> Privat Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung _____	<input type="checkbox"/> Selbstzahler  <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett  <input type="checkbox"/> Chefarzt-Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Begleitperson mediz. begründet  <input type="checkbox"/> Begleitperson mediz. <u>nicht</u> begründet
Angefordert durch:			
	Unterschrift	Praxisstempel	