

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

Fax: 09128/504-3154

AUF-KHR-416

Name, Vorname				Geburtsdatum
Adresse				Telefonnummer
Diagnose/Leitsymptom				geplante Verweildauer in Tagen
ICD	<input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Epilepsie			
gewünschte Therapie/Diagnostik				
Bemerkung, zusätzliche Informationen	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
Bitte Vorbefunde/ Medikationsplan als Anlage	<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 <hr/> <input type="checkbox"/> Privat Krankenkasse <hr/> <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung <hr/>		<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. nicht begründet
Angefordert durch:				
	Unterschrift	Praxisstempel		