

| |
|---------------------------------|
| (Praxisstempel/Ansprechpartner) |
|---------------------------------|

Anmeldung zur stationären/ambulanten Behandlung
 FAX: 02161/892-3003
 E-Mail: neurologie@mariahilf.de

| Patientendaten: | Ich möchte die Patientin/den Patienten |
|-----------------|------------------------------------------------|
| Name: | <input type="checkbox"/> stationär einweisen |
| Vorname: | <input type="checkbox"/> ambulant vorstellen |
| geb.: | |
| Straße: | Die Patientin/der Patient ist |
| PLZ, Ort: | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert |
| Tel./Mobil: | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| E-Mail: | <input type="checkbox"/> zusatzversichert |

| Im Falle ambulanter Zuweisung bitte angeben: | |
|----------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Privatambulanz |
| <input type="checkbox"/> | Botox Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> | Neuromuskuläre Ambulanz |
| <input type="checkbox"/> | Autonome Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> | Pumpen Ambulanz |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsieambulanz |
| <input type="checkbox"/> | Schlaflabor |

| Diagnose/Anmerkung (ggf. Unterlagen beifügen) |
|-----------------------------------------------|
| |

| Radiologische Diagnostik durchgeführt? (bitte ankreuzen) | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| CMRT | <input type="checkbox"/> | MRT Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> |

| Ambulante neurologische Vorstellung bereits erfolgt? | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |

| Elektrophysiologie durchgeführt (wenn ja, welche?) |
|----------------------------------------------------|
| |

Klinik für Neurologie

Neurologische Intensivmedizin, Stroke Unit - Schlaganfallzentrum, Schlafmedizinisches Zentrum, Spezielle Schmerztherapie, Autonomes Labor, Neurogeriatrie

Kommissarische Leitung
Dr. med. Anke Lührs

Kliniken Maria Hilf GmbH
 Viersener Straße 450
 41063 Mönchengladbach

Sekretariat
 Telefon (02161) 892 3001
 Fax (02161) 892 3003

E-Mail neurologie@mariahilf.de
 Internet www.mariahilf.de



Kliniken Maria Hilf GmbH
 Mönchengladbach
 HRB 532 Mönchengladbach

Geschäftsführung
 Dr. Paul Schneider

Vorsitz des Aufsichtsrates
 Ludwig Quacken

www.mariahilf.de
info@mariahilf.de

Akademisches
 Lehrkrankenhaus
 der RWTH Aachen