

**Aufnahme elektiver Patienten in die Klinik für Neurologie des CTK****Per FAX (0355) 46-31 78**

Patientenname

Geburtsdatum

Einweisender Arzt

Verdachtsdiagnose/ Einweisungsgrund

Vorhandene Diagnostik

 MRT Organ Datum CCT Organ Datum Sonstiges**Bitte geben Sie Ihren Patienten vorhandene Vorbefunde mit. Bei CT und MRT
möglichst auch die Bilder selbst, nicht nur den Befund.**

Dringlichkeit / Terminwunsch

Terminmitteilung an Praxis (Tel) Fax Patient (Tel) Angehörige (Tel)