

**Anmeldung zur stationären Aufnahme**

**Patientenaufnahme:**

Telefax: 040-7410-40093

Telefon.: 040-7410-57171

E-Mail: [aufnahme-neuro@uke.de](mailto:aufnahme-neuro@uke.de)

Bei Anmeldung auszufüllen	Datum der Anmeldung:
<b>Name und Anschrift:</b>	
geboren:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse	
<b>Diagnose:</b>	
<b>Einweisender Arzt</b> Tel./ E-Mail/ Fax- Arzt/Ärztin ggf. Stempel	
<b>Fragestellung laut Einweisungsschein:</b>	
Pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Hilfe im Alltag benötigt, vorrangig selbständig <input type="checkbox"/> pflegebedürftig
Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> ja
Covidimpfstatus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgevollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Krankenkasse (GKV/PKV)	
<b>Chefarztbehandlung gewünscht</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antikoagulation	<input type="checkbox"/> Marcumar/ASS <input type="checkbox"/> Andere
<b>erforderliche Unterlagen</b>	1. <b>Krankenhauseinweisung vom niedergelassenen Neurologen</b> 2. <b>sämtliche Vorbefunde, die sich auf das Krankheitsbild beziehen, MRT/CT-Befunde</b>

Ihr Aufnahmeteam