




**Absender\***

**Stempel:**

An das

ZfP Südwürttemberg, Klinik für Neurologie und Epileptologie  
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

 **Fax 0751/7601 42233 oder E-Mail epi@zfp-zentrum.de**

Für Rückfragen:

Telefon 0751/7601-2857 oder -2390 oder -2233

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**Ich möchte Ihnen folgende Patientin / folgenden Patienten zuweisen:**

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Telefon\*: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_ PLZ\*: \_\_\_\_\_ Ort\*: \_\_\_\_\_

E-Mail (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer\*, Bevollmächtigter  
oder

Wohngruppe\*: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Haus-  
/Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Ort/Telefon: \_\_\_\_\_

☐ Kontaktaufnahme direkt mit Patient/in oder gesetzlicher Betreuer zur Terminvereinbarung gewünscht

☐ Rückruf Praxis für weitere Informationen/Fallbesprechung gewünscht. Telefon/Durchwahl: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen, die uns eine schnelle Bearbeitung ermöglichen:**

Grund der Einweisung\*: \_\_\_\_\_

Diagnose/n\*: \_\_\_\_\_

oder ☐ siehe Brief anbei \_\_\_\_\_

erfolgte ein MRT vom Kopf\*? ☐ nein ☐ ja (wenn ja, wann \_\_\_\_\_. Bitte dem Patienten die CD mitgeben  
und Befund diesem Formular beilegen)

stationäre Aufenthalt/e ☐ nein ☐ ja (wenn ja, bitte Entlassberichte diesem Formular beilegen)

☐ \*kognitive und/oder körperliche Einschränkungen (bitte unten näher beschreiben) ☐ \*Pflegebedürftigkeit

☐ \*Verhaltensauffälligkeiten ☐ \*Rollstuhlfahrer ☐ \*Hilfestellung bei der Körperpflege ☐ \*Vollpflegebedürftig

☐ \*infektiöse Erkrankungen/Besiedlungen: ☐ MRGN ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ Hepatitis ☐ \_\_\_\_\_

☐ aktuelle antikonvulsive Medikation anbei ☐ Marcumar o.ä. ☐ Herzschrittmacher ☐ Allergien

☐ \*Freiheitsentziehende Maßnahmen (Einschluss, Bettgitter... ☐ Andere: \_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Informationen:** \_\_\_\_\_

**mit \* markiert sind Pflichtangaben, da wir diese zur Einbestellung benötigen**