NEUROZENTRUM Aschaffenburg

Anmeldeformular
Neurovaskuläres Zentrum
Klinikum Aschaffenburg

KLINIKUM Aschaffenburg-Alzenau

Anmeldedatum

Patientendaten

Vorname:

Nachname:

Geb.:

Telefon-Nr.:

2. Telefon-Nr. (optional):

E-Mail (optional):

Versicherung: ○ gesetzlich
○ stationär privat zusatzversichert
○ privat mit Basistarif
○ privat

Krankenkasse (optional):

Adresse (optional):

Adresse (optional):

Krankengeschichte

Diagnose:

Bisherige Diagnostik:

Allergien:

Vorerkrankungen (optional):

Medikamente (optional):

○ Gefäßstenose
○ Gefäßmissbildung
○ Sonstiges

○ ASS ○ Clopidogrel ○ DOAK
○ Marcumar ○ Metformin-haltige

Besonderheiten (optional):

Zuweiserdaten (ggf. auch Patient selbst)

Name:

○ **Patient** ○ **Hausarzt** ○ **Facharzt**

Telefon-Nr.:

Faxnummer (optional):

Adresse:

E-Mail (optional):

Adresse:

Terminierung

Rückmeldung an ○ Zuweiser ○ Patient

Für interne Zwecke

Vorstellung in:

Vorstellung am/um:

Terminrückmeldung erfolgte am:

Neurovaskuläre Konferenz am:

Telefon 06021/32-3090 - Fax 06021/32-3052 - neurozentrum@klinikum-ab-alz.de