



**Absender**

**Stempel:**

An das  
ZfP Südwürttemberg, Abteilung Epileptologie  
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg  
**Fax 0751/7601 42233**

Für Rückfragen: Sekretariate der Abteilung Epileptologie  
Telefon 0751/7601-2233 oder -2390 oder -2857

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

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

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

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

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

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: \_\_\_\_\_

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

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

aktuelle antikonvulsive Medikation anbei  Marcumar o.ä.  Herzschrittmacher  Allergien

Andere: \_\_\_\_\_

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

**Vorhandene Befunde/Dokumente bitte mitfaxen /-senden, vielen Dank!**

**Arztberichte, Entlassberichte, cMRT, Kontaktdaten gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter, Betreuerausweis**

Bearbeitungsvermerke Patientenmanagement:

Termin: ..... Auf Station: ..... Mitgeteilt an: ..... Kürzel: .....V3